



Health
Canada

Santé
Canada

TOBACCO REDUCTION
IN PRENATAL AND
POSTPARTUM PROGRAMS FOR
HIGH-PRIORITY
FAMILIES:
RESULTS OF
CROSS-CANADA SURVEY

**The Tobacco Free Booklets for Prenatal
and Postpartum Providers
Booklet 4**

**Tobacco Reduction in Prenatal and Postpartum
Programs for High-Priority Families:
Results of a Cross-Canada Survey**

Health Canada
February 1995

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

This is the fourth in a set of six booklets entitled *The Tobacco Free Booklets for Prenatal and Postpartum Providers*. The series is written for leaders of prenatal and postpartum programs in group and individual settings. Titles in the series include

1. Smoking and Pregnancy: A Woman's Dilemma
2. Tobacco Resource Material for Prenatal and Postpartum Providers: A Selected Inventory
3. The Effects of Tobacco Smoke and Second-Hand Smoke in the Prenatal and Postpartum Periods: A Summary of the Literature
4. Tobacco Reduction in Prenatal and Postpartum Programs for High-Priority Families: Results of a Cross-Canada Survey
5. Smoking Interventions in the Prenatal and Postpartum Periods
6. Smoking and Pregnancy: Selected Program Profiles

For copies of other booklets in the series or for a complete set in English or French, please contact

Women and Tobacco Reduction Programs
4th Floor, Jeanne Mance Building
Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario
K1A 1B4
Fax: (613) 952-5188

Acknowledgements

The information in this booklet is drawn from a 1994 study on the community response by prenatal and postpartum providers to smoking and exposure to tobacco smoke carried out by Peggy Edwards and Cordell Neudorf, M.D. (University of Saskatchewan).

This booklet was developed and produced by the Women and Tobacco Reduction Programs, Health Canada as part of the Tobacco Demand Reduction Strategy.

The opinions expressed in this publication are those of the authors and contributors and do not necessarily reflect the official views of the Department.

Published by authority of the Minister of National Health and Welfare.
Également disponible en français sous le titre *La réduction de la consommation de tabac dans les programmes prénatals et post-natals pour les familles à haute priorité : résultats d'un sondage canadien*

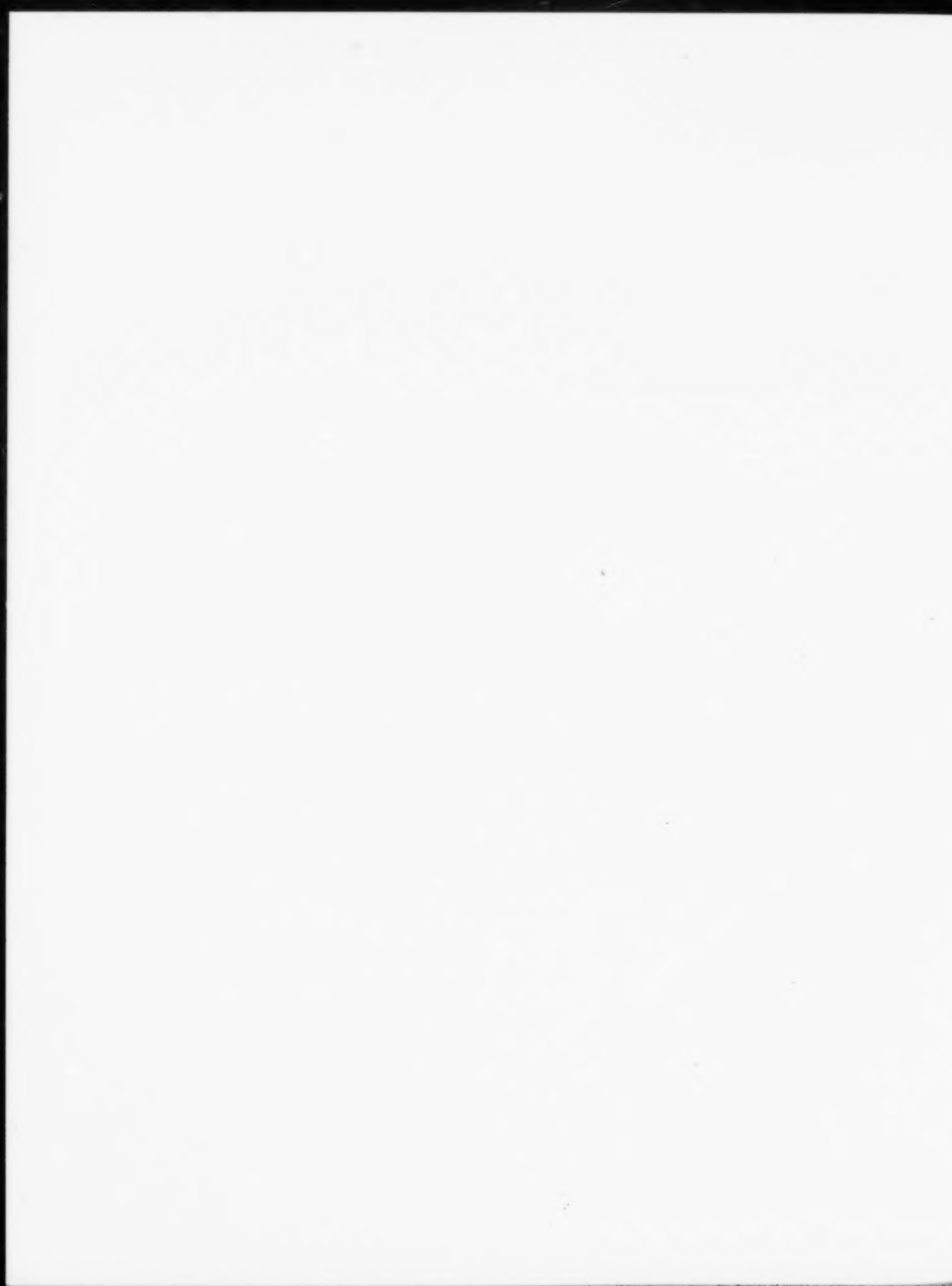
© Minister of Supply and Services Canada, 1995

Catalogue H39-306/3-1994E

ISBN 0-662-22473-6

Contents

Overview	1
Questionnaire and Mailing List	1
Response	1
Data Input and Analysis	1
Summary of Returns	2
Discussion	3
Focus on Tobacco in Existing Programs	3
Interventions	4
Overall Approaches	5
Findings Related to Resource Materials	5
Recommended Actions For Programs	6
Results	8
Coverage of Tobacco Use	8
Advice and Information	10
Specific Help Within Prenatal and Postpartum Programs	11
Referral to Smoking Cessation Programs	12
Characteristics of a Good Program	14
Priorities for Action	15
Incidence of Smoking	16
Reasons for Smoking	17
Appendix: Questionnaire	19



Overview

In early 1994, Health Canada (Women and Tobacco Reduction Programs) asked Chelsea Group Communications to carry out a cross-Canada survey to learn more about how prenatal and postpartum programs in the community were dealing with tobacco use and exposure to tobacco smoke with their clients and their clients' families. The survey included programs for women and their families living in disadvantaged conditions and programs in Aboriginal and multicultural communities.

Questionnaire and Mailing List

A questionnaire (see Appendix) was designed and pretested with seven groups participating in the survey. After revisions, 253 questionnaires were mailed out to 235 sites. The mailing list included health units, community health centres, hospitals, non-governmental organizations, friendship centres, Medical Services Branch zone nurses, Aboriginal community health representatives and other sites identified as working with socially disadvantaged families in a previous study carried out by Health Canada. Physicians were not included because Health Canada had undertaken a separate project on physician intervention in smoking and pregnancy.

Response

Overall, the study had a 73% return rate. Twenty-six of the reporting programs stated that they did not specifically address tobacco use, reduction or cessation; 146 reporting programs stated that they did deal with tobacco reduction.

Data Input and Analysis

Data input and analysis was performed using EpiInfo, a computer package designed for integrated design, data entry and analysis. The data entry program was designed to be self-checking in a limited fashion, since fields were set up to accept appropriate characters only. Written responses were transcribed verbatim to the data entry program.

The data were searched for any consistencies line by line. Data interpolation was kept to a minimum. Missing data were included in the calculation of percentages.

Summary of Returns

Prenatal and Postpartum Tobacco Study April 1994

Province/ Territory	Total Sites	Sites Responding			*Number of Questionnaires
		No	Yes	Total	
BC	28	5	14	19	21
AB	20	1	10	11	14
NT	6	2	3	5	5
YT	10	0	8	8	9
SK	18	3	8	11	11
MB	18	1	14	15	21
ON	64	7	40	47	55
PQ	42	5	29	34	34
NB	5	0	4	4	4
NS**	16	2	11	13	12
PE	2	0	1	1	1
NF	6	0	4	4	5
Totals	235			172	192
* Some sites sent more than one questionnaire (had more than one program)					
** One site responded by telephone					

Total number of sites 235

Total number of returns by site 172

Total number of programs 192

Response rate 73%

Discussion

This section addresses the implications of the findings of the cross-Canada survey of community prenatal and postpartum programs.

Focus on Tobacco in Existing Programs

The findings of the national tobacco and pregnancy survey provide direction on how a collaborative community effort can address tobacco and pregnancy issues.

Because only a small number of programs kept records of the incidence of smoking (26%), quitting (13%), cutting down (13%) and postpartum relapse (3%) and because respondents appeared to interpret the question related to incidence in different ways, the absolute numbers on incidence are unreliable. We can, however, observe some trends.

The first is the small number of programs that actually kept records of tobacco use. Related to this is the especially small number of programs that tracked postpartum relapse, despite program leaders' estimates that relapse is high (44%). Second, programs with low quit rates were most likely to be dissatisfied with the tobacco component of their program. Programs with the highest estimated rates of postpartum relapse were most likely to be dissatisfied. Overall, 37% of programs were dissatisfied with the results of their efforts to encourage women to stop or reduce smoking. It would appear, then, that a large number of prenatal and postpartum programs would like to find better ways to deal with tobacco use.

The average amount of time spent on tobacco in community-based prenatal and postpartum programs was slightly less than 30 minutes. This likely reflects the fact that comprehensive prenatal and postpartum programs cover many different topics related to pregnancy, birth, lifestyle, etc. Slightly more than half of programs said lack of time was a barrier to increasing specific help with cessation and information-giving on tobacco reduction. It is probably not realistic to expect the majority of prenatal and postpartum programs to offer comprehensive cessation programming within their standard curriculum. They can, however, effectively support and counsel individual reduction and cessation, especially on an outreach basis. They can also refer clients to appropriate community programs or (if the population base is large enough) form separate groups for pregnant smokers and their partners.

Interventions

Nearly all prenatal and postpartum programs included the health effects of smoking on the mother and fetus (over 90%) and the effects of second-hand smoke on young children (75%). Program leaders recognized that smoking is a social phenomena that is symptomatic of the stressful lives of socially disadvantaged women. Yet only 17% covered why women smoke and less than half of programs dealt with stress. While leaders seem to be aware that the provision of information on health effects is not enough to change smoking behaviour, they continue to rely on a traditional approach to presenting health information.

Community prenatal and postpartum programs were far more likely to provide advice and information on smoking reduction and cessation (88%) than to provide specific help within their program (34%) or to refer clients to smoking cessation programs in the community (36%). Only one health unit reported offering a prenatal program specific to pregnant smokers and their partners.

How Prenatal and Postpartum Programs Deal with Tobacco Use

• Offer advice and information	88%
• Provide specific help with reduction and cessation	34%
• Refer clients to smoking cessation programs in the community	36%

The most often cited barriers to implementing these three approaches were as follows:

Advice and Information	Specific Help	Referrals
clients uninterested	lack of time	clients uninterested
lack of time	lack of participation	available programs
other priorities	clients uninterested	inappropriate
inappropriate materials	lack of resources	

The high number of programs reporting a disinterest among their clients may be related to three factors:

- The majority of women do not smoke: group members who are nonsmokers are obviously uninterested in cessation.
- Women who continue to smoke while pregnant are likely to be heavily addicted or to be dealing with other competing stresses in their lives (e.g., alcohol use reduction, an abusive family situation).
- There is a lack of support for quitting among family members, peers and partners of socially disadvantaged women.

This has important implications for training needs. Prenatal and postpartum leaders need self-help quitting guides that can be used with individual cessation counselling outside group classes. They are also looking for ways to involve group members in a discussion about why women smoke and ways to include partners and other family members in smoking interventions.

The lack of referrals to community cessation programs is directly linked to the lack of appropriate, accessible programs. Cost, lack of child care and transportation, cultural insensitivity and literacy were mentioned by program leaders and key informants as major barriers to referral. Similarly, program leaders thought that a good program (either internal or external) would have the following key characteristics: no-cost, non-judgemental and family-centred. The Stop Smoking Program for Women on Low Income (described in Booklet Six) is one example of community reduction and cessation programs that address these issues. Unfortunately, disadvantaged families do not have equal access to these kinds of programs across Canada (although training in the use of the Stop Smoking Program for Women on Low Income is now under way in Ontario and Nova Scotia).

Programs that do provide specific help with reduction and cessation employ a battery of useful techniques: the use of self-help tools, ongoing counselling, developing a personal, tailored quit plan for each individual, support groups, support telephone lines, guest speakers and activities to build self-esteem. Unfortunately, only a very small number of programs evaluate these efforts.

Overall Approaches

Prenatal and postpartum leaders identified the following approaches as the most effective ways to deal with tobacco use and second-hand smoke:

1. prevention and education
2. free, accessible, appropriate cessation programs
3. support of partners and peers.

Findings Related to Resource Materials

A summary of the number of resource materials available to prenatal and postpartum programs reveals some clear gaps: specifically, a lack of resources in French (in all formats) and limited material for Aboriginal families and other cultural groups. No materials on postpartum relapse were found.

There are few resources on the specific effects of second-hand smoke on infants and young children, and of mothers' smoking on breastfeeding. Most of the materials that do exist tend to focus on the health effects with little mention of what to do. Program leaders also reported that knowledge gaps and misinformation still exist around second-hand smoke and the advisability of smoking to ensure a smaller baby that is "easier to deliver".

The collection of resource materials from surveyed programs points to three other important considerations:

1. the need to share information on what exists
2. the need to eliminate duplication (e.g., each program producing their own handouts on second-hand smoke)
3. the need to evaluate what is being used. Several of the materials sent in by respondents were out of date and many leaders commented on the problem of high reading levels in written materials. There is a clear need to evaluate existing materials (in cooperation with the intended audience) to determine how future materials can be more effective.

A complete listing of resource materials appropriate for prenatal and postpartum programs can be found in Booklet Two of this series.

Recommended Actions For Programs

The following actions would address the issues identified in the survey:

1. Build better bridges with tobacco control coalitions, local physicians, children's hospitals and emergency wards.
2. Encourage prenatal and postpartum leaders to evaluate their current approach to tobacco reduction, cessation and protection with a view to using a participatory process to address the underlying reasons why women smoke. Each prenatal and postpartum program is unique, as are the smoking clients who attend. Thus, programs need a range of group, individual and outreach in-program options as well as the ability to refer clients to community cessation programs. Prenatal and postnatal programs in large catchment areas should consider sponsoring special programs for pregnant smokers and their families in collaboration with tobacco control groups and area physicians.
3. Use outreach programming to reach pregnant smokers who normally do not appear for prenatal classes.
4. Encourage prenatal and postpartum programs to keep records of the incidence of smoking, quitting and relapse and to identify and evaluate interventions that affect those numbers.
5. Provide training to prenatal and postpartum instructors and lay counsellors on the stages of readiness for quitting, how to counsel smoking reduction and cessation with pregnant women and their families, and how to encourage smoke free homes and smoke free child-care.
6. Support participatory research and focus groups with the intended audience to further understand the attitudes, knowledge, beliefs and needs of pregnant smokers and their partners and families.

7. Evaluate existing materials and preferred types of resource materials with target audiences. Report on what works and make recommendations for the development of new resources.
8. Support research and report on how to prevent postpartum relapse.
9. Promote smoke free bingo halls, baseball parks and other public areas.

Results

In total, 172 programs met the criteria for analysis by returning a questionnaire that stated that their program dealt with tobacco reduction. Table 1 shows the distribution of these programs by province and territory.

Table 1

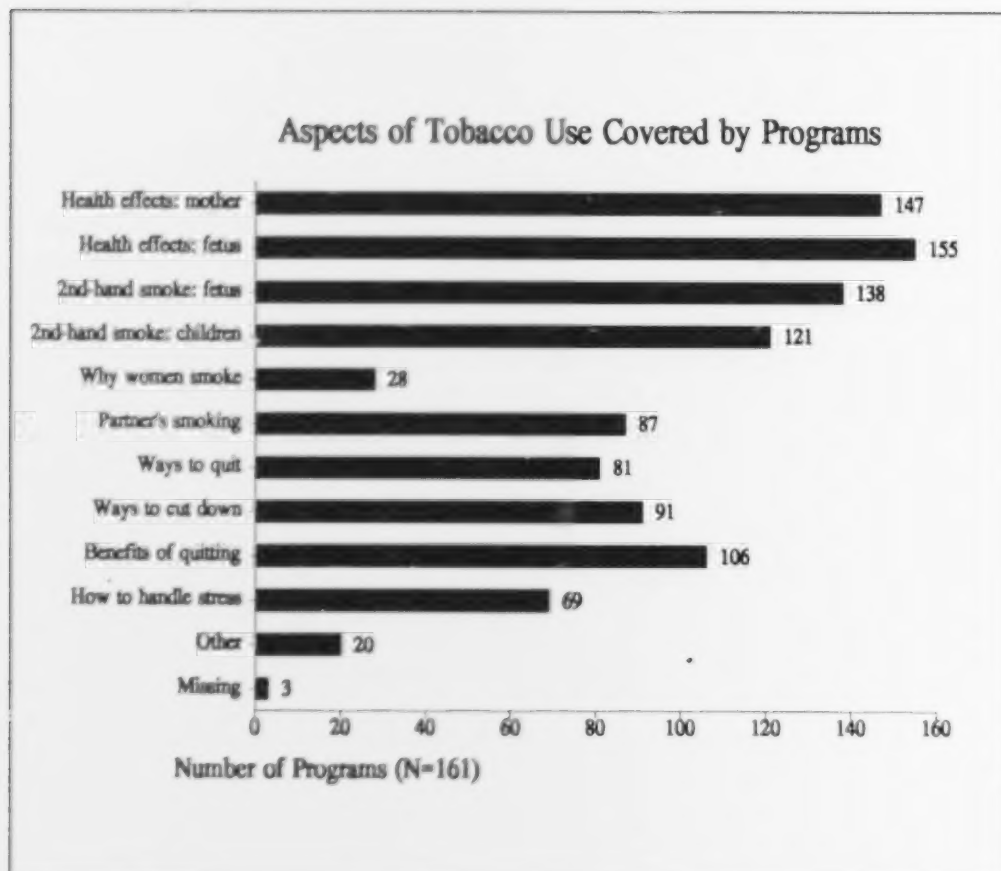
Province/ Territory	Number of Programs	Province/ Territory	Number of Programs
Alberta	12	Nova Scotia	11
BC	18	Ontario	47
Manitoba	20	PE	2
NT	5	Quebec	32
New Brunswick	4	Saskatchewan	8
Newfoundland	5	Yukon	8
Total = 172			

Coverage of Tobacco Use

Ninety-four per cent (161/172) of the programs indicated that they covered tobacco reduction in their prenatal and postpartum programs for high-priority families. These programs were asked what aspects of tobacco use they dealt with. Figure 1 shows the responses to this question.

Most programs covered the health effects of smoking on the mother (91%), the fetus (direct 96%, second-hand 86%) and young children (second-hand 75%). Only 43% of programs covered how to deal with stress and only 17% covered why women smoke. Responses in the "other" category included specific examples of the above, as well as the effects of smoking on breastfeeding and information on where to gain access to programs. One program said that they deal with what their clients want to know. There was no relationship between the number of aspects covered by a program and their clients' quit rates or reduction rates. However, from the estimates of smoking incidence provided, it seemed that these questions were interpreted differently by different programs, making it difficult to cross-analyze these questions.

Figure 1



The length of prenatal and postpartum programs ranged from 1 to 72 hours (mean = 12.69 hours, standard deviation = 8.86). The time devoted to tobacco reduction or cessation ranged from zero to five hours (mean 0.47 hours, standard deviation = 0.59). The average proportion of total programming spent on tobacco reduction and cessation was 4% (S.D. = 6) or 30 minutes.

Individuals filling out the questionnaire were asked how satisfied they were with the amount of emphasis smoking reduction and cessation had in their program. Sixty-five per cent (104/161) said they were somewhat satisfied. Only 12% (20/161) said they were very satisfied, while 21% (33/161) were dissatisfied or very dissatisfied. Those who answered dissatisfied or very dissatisfied had significantly lower rates of success in clients reducing their smoking than those who were somewhat satisfied or very satisfied ($p = 0.02$).

When asked how their participants typically respond to the tobacco reduction or cessation components of their program, 55% (88/161) thought their

participants were interested in hearing about it. Only 9% (14/161) thought participants were eager to reduce or quit, while 19% (30/161) thought participants were not interested and 3% (4/161) thought participants typically became angry or defensive. Other responses included, "all respond differently", "see smoking as the least of their concerns" and "not capable or too addicted to quit".

Forty-eight per cent (78/161) of respondents were somewhat satisfied and 37% (59/161) were dissatisfied with the results of their efforts to encourage women to reduce or stop smoking. Six per cent (9/161) were very satisfied, and 5% (8/161) were very dissatisfied. There was a trend toward increased dissatisfaction with poor results as indicated by reported quit and reduction rates in section seven of the questionnaire, but no corresponding trend toward increased satisfaction with better results. However, those who were dissatisfied or very dissatisfied had significantly higher rates of clients resuming smoking again postpartum than those who were somewhat satisfied or very satisfied (15% versus 30% in the lowest resumption category, and 42% versus 14% in the highest resumption category; $p = 0.02$).

Sixty-five per cent (105/161) of programs had "smoking reduction and/or cessation" as a specified goal or objective, and 60% (97/161) of programs had "reducing the exposure of women, infants and children to second-hand smoke" as a specified goal or objective. Programs that had these specific goals did not spend significantly more time on smoking reduction in their programs than those who did not have these specific goals.

Of programs with a smoking reduction or cessation component, only 6% (10/161) have had this component evaluated.

Advice and Information

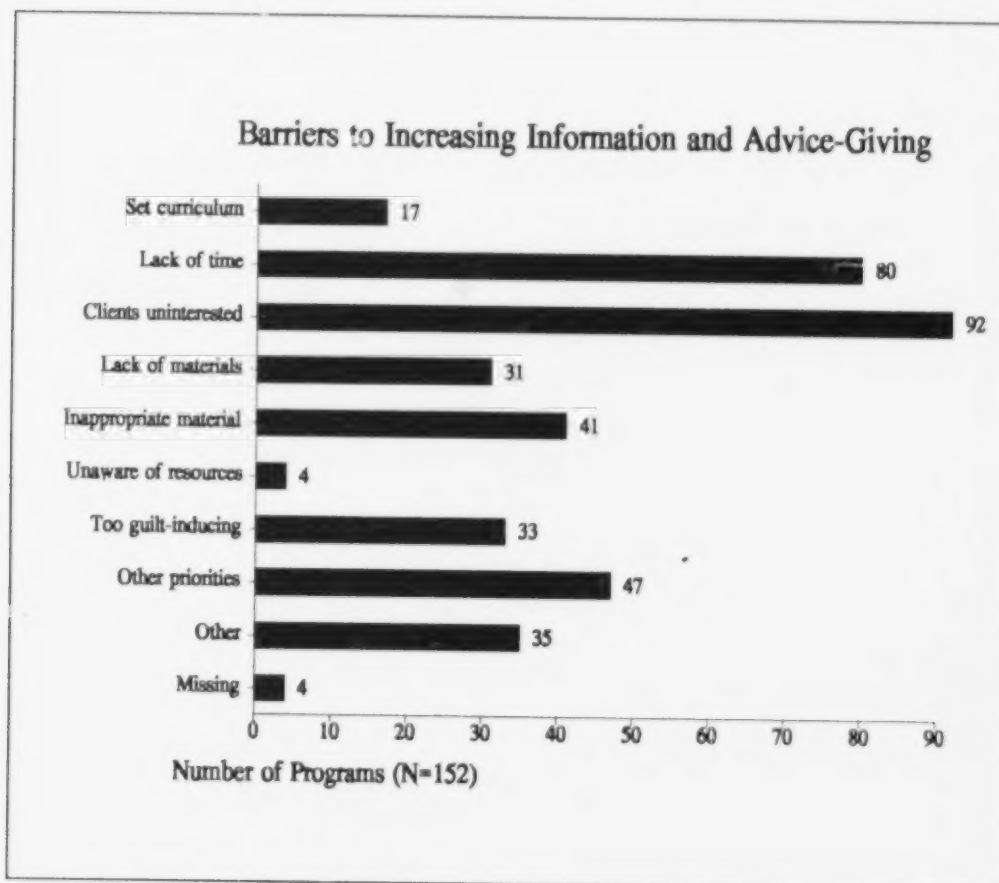
Eighty-eight per cent (152/161) of programs provide advice and information on smoking reduction or cessation and on second-hand smoke. Information and advice was provided in the following ways: verbal only, 58% (88/151); video, 41% (62/151); fact sheets and pamphlets, 74% (113/151); books and reports, 12% (18/151); and guides or kits, 23% (35/151).

Respondents were asked what they thought the top three barriers were to increasing the amount of information and advice they gave on smoking reduction or cessation within their programs. Figure 2 summarizes the most common responses.

The most often cited barriers were "lack of client interest" at 61% (92/152), "lack of time" at 53% (80/152) and "other priorities" at 31% (47/152). Some of the "other" barriers mentioned include spouses or partners who smoke, no time, high stress, high drop-out rate and lack of motivation (support, lack of staff and the majority of participants did not smoke). Forty-one programs reported inappropriate materials as a barrier to increasing information-giving

and advice-giving: 23 thought materials were too difficult to read, 20 thought they were not culturally appropriate, 15 thought they were out of date and not available in languages needed, and 13 thought they were too expensive.

Figure 2



Specific Help Within Prenatal and Postpartum Programs

Only 34% (59/172) of programs provided specific help with quitting or reducing smoking. Of these, 5% (3/59) used support groups or quit buddies; 24% (14/59) used a tailored self-help tool such as *Freedom From Smoking for You and Your Baby* or *Quit 4 Life*; 39% (23/59) provided ongoing counselling; 41% (24/59) developed personal, tailored quit plans for each individual; and 56% (33/59) encouraged partners, peers and family to support participants who were trying to quit smoking. Fifty-one per cent (30/59) listed other ways they provided help with quitting smoking. These included referrals to a doctor or other cessation programs, providing their own education or cessation program, providing information kits, providing a support line, bringing in guest speakers and working on low self-esteem.

Figure 3

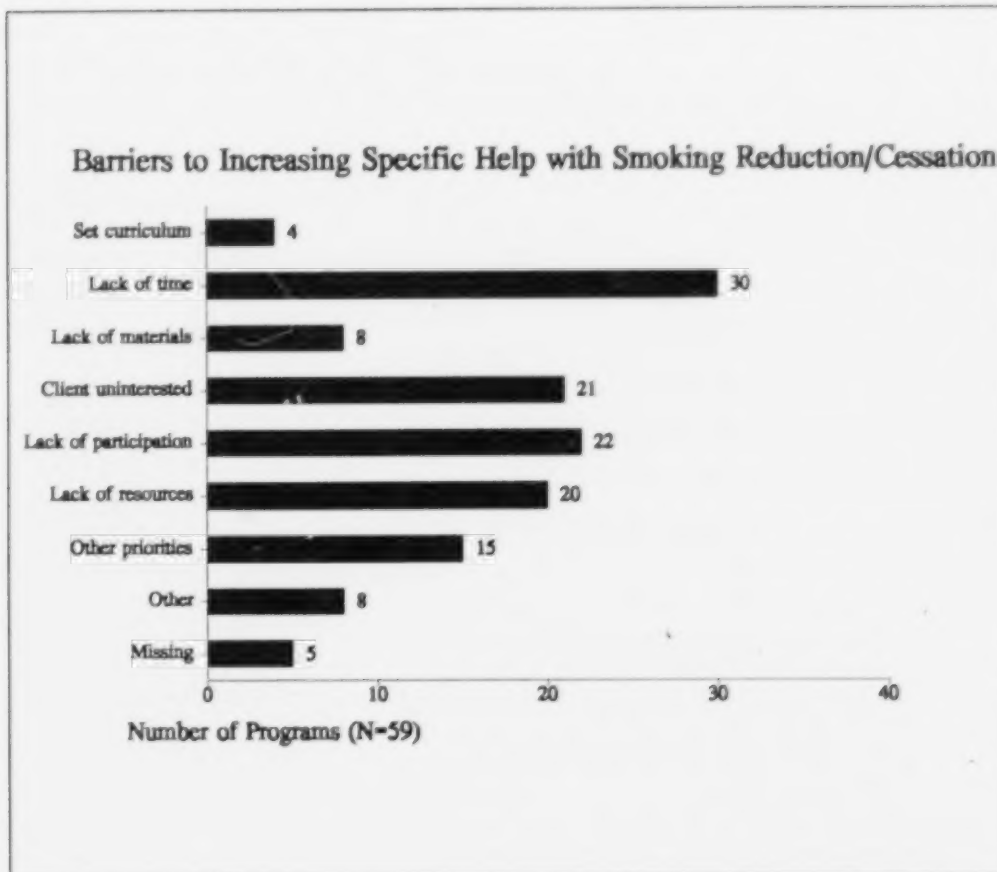


Figure 3 summarizes the top barriers to increasing specific help with smoking reduction or cessation within programs. The most frequently cited barriers included lack of time at 51% (30/59), lack of participation at 37% (22/59) and lack of client interest at 36% (21/59). Of the 20 programs reporting lack of resources as a barrier, 14 reported a lack of materials and 10 reported a lack of money. Some of the other barriers listed included lack of child care, stress, low self-esteem and a lack of motivation and support.

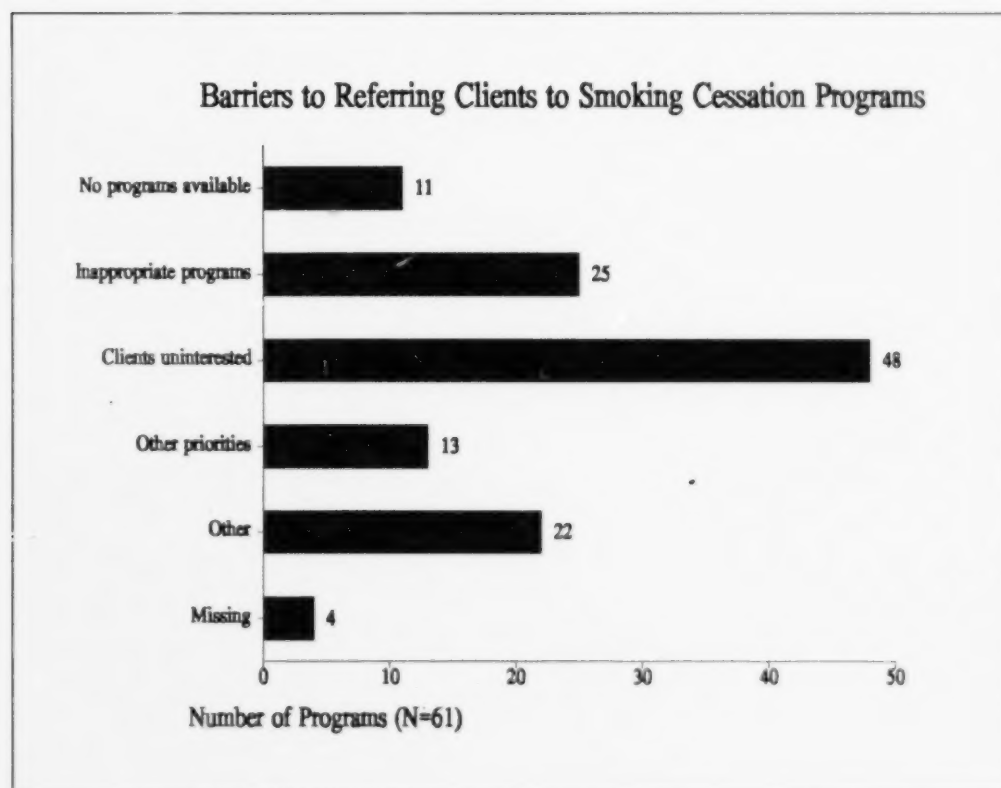
Referral to Smoking Cessation Programs

Only 36% (61/172) of programs referred clients to a smoking cessation program in the community. Organizations most often cited included the Lung Association, the Cancer Society, Seventh Day Adventists, hospitals, doctors' programs and internal programs. Specific programs cited included *Quit 4 Life*, *Quit for Good*, *In Control* and *Cig-Arrêtons*.

Fifty-three per cent of cessation programs offered by referral (32/61) were free. Sixty-one per cent (37/61) of respondents believed these programs were appropriate and sensitive to their clients' needs.

Figure 4 summarizes the barriers to referring clients to smoking cessation programs in the community.

Figure 4



The most commonly cited barriers to referral were a lack of interest by clients at 79% (48/61) and the inappropriateness of available programs at 41% (25/61). Respondents further clarified "inappropriate" as "too expensive" (19/25), "no transportation" (12/25), "insensitive" (11/25), "involves a lot of reading" (5/25) and "wrong language" (3/25).

Other barriers mentioned included sporadic programs, not enough programs, (especially for specific groups such as Aboriginal peoples), poor advertising, lack of child care, stressful time to quit and lack of motivation and support.

Characteristics of a Good Program

This section, and all subsequent sections, were asked of all respondents whose prenatal and postpartum programs dealt with tobacco reduction.

Figure 5 summarizes the main characteristics respondents reported would be most useful and effective in their prenatal or postpartum programs. The characteristics rated most highly were "no cost to participants" at 62% (107/172), "non-judgemental" at 58% (99/172), "family-centred" at 55% (94/172), "short enough to fit within existing curriculum" at 53% (91/172) and "deals with tobacco in the context of other life stresses" at 51% (87/172). "Other" characteristics included the chance to repeat the program, peer support, motivational material, videos, looking at environmental factors, waiving fees, endorsement by all staff and specific to teens or pregnancy.

Figure 5

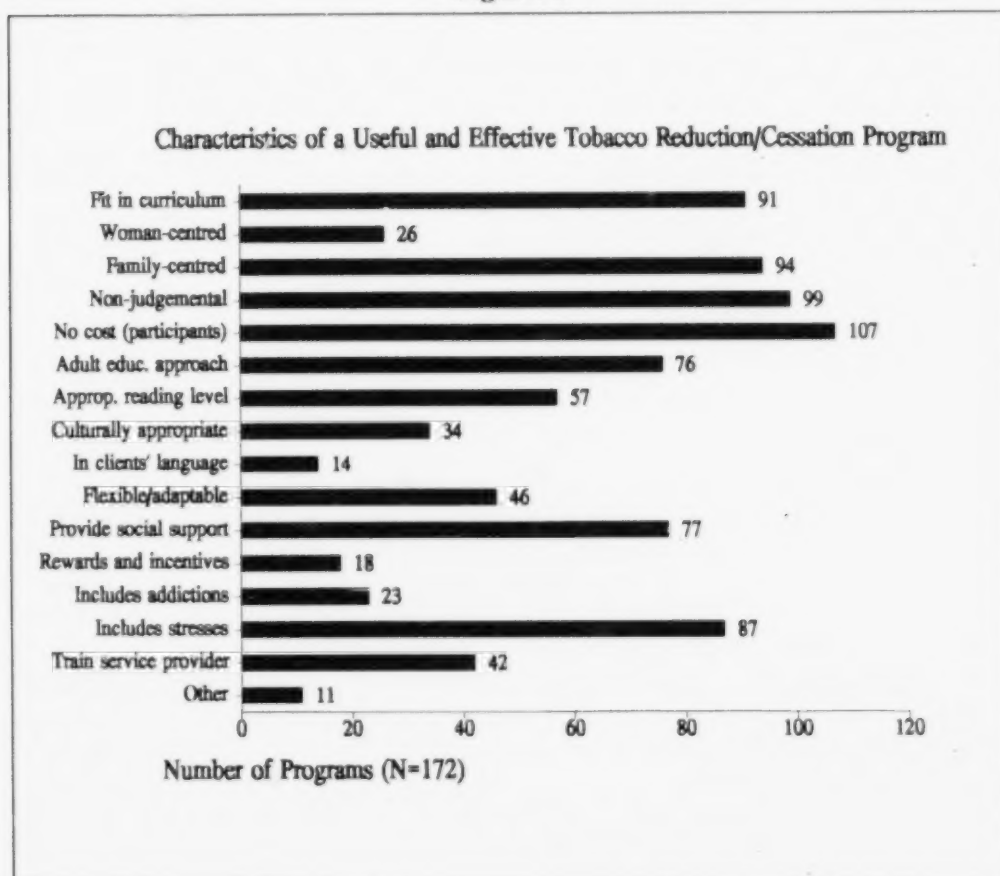
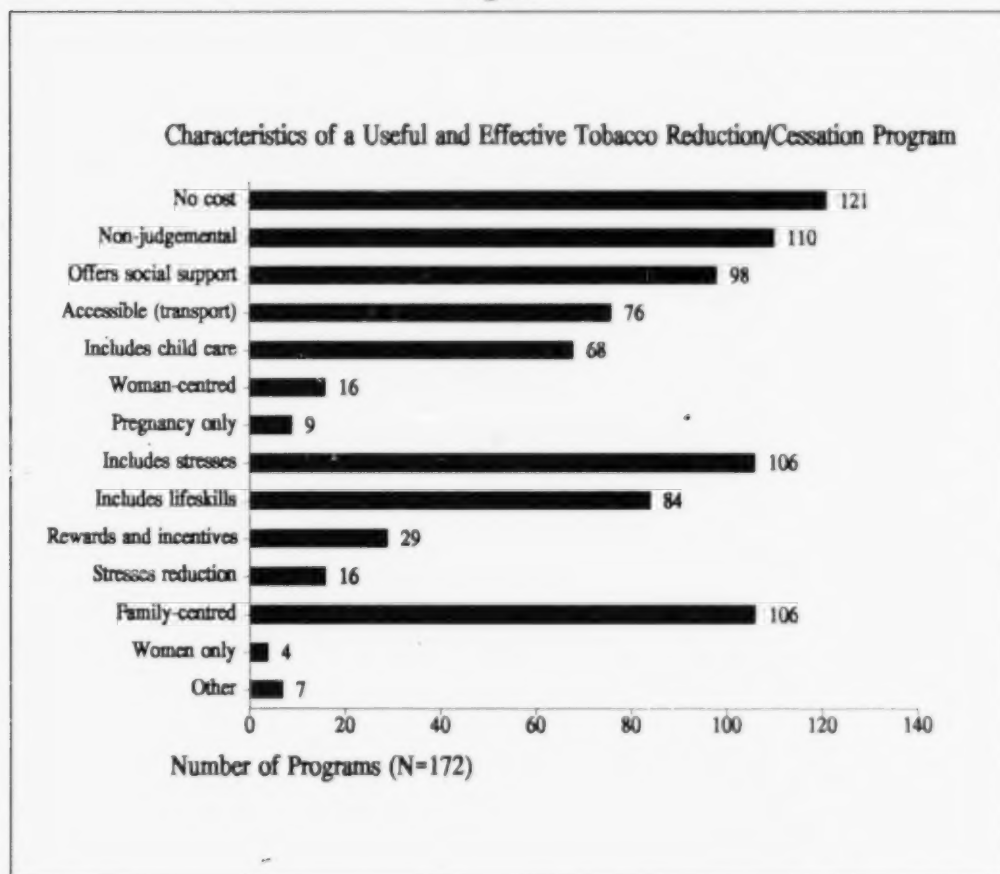


Figure 6 summarizes the desirable characteristics as reported by respondents for programs outside their prenatal and postpartum programs. The most highly rated characteristics were "no cost" at 72% (121/172), "non-judgemental" at 65% (110/172), "family-centred" and "deals with tobacco in the context of other life stresses" at 63% each (106/172), "offers social support" at 58% (98/172) and "accessible (transportation)" at 57% (97/172). "Other" characteristics included use of an adult education model, flexible goals, waiving fees or low-cost, visual aids and long-term or ongoing.

Figure 6

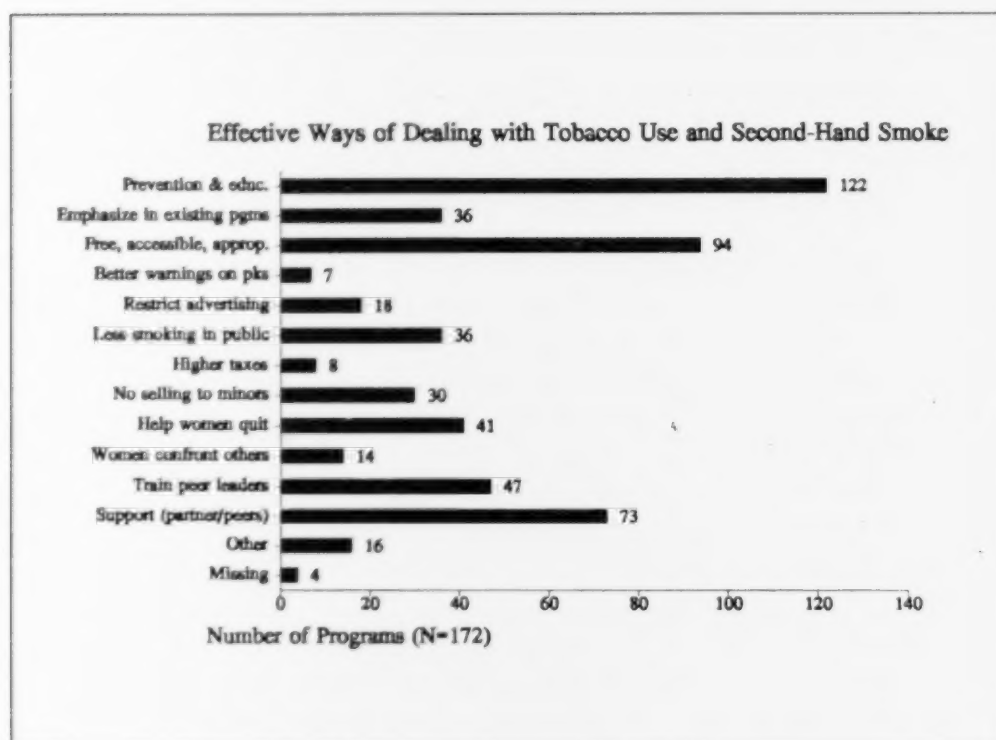


Priorities for Action

Figure 7 indicates respondents' beliefs about the most effective ways to deal with tobacco use and second-hand smoke in the prenatal and postpartum periods. Respondents thought the most effective methods were prevention and education at 73% (122/172); free, accessible, appropriate cessation programs at 56% (94/172) and making partners and peers more supportive and sensitive to

the effects of second-hand smoke at 44% (73/172). "Other" effective methods included parent support groups, more legislation, education in schools, helping pregnant women reduce smoking, searching for and targeting causes of smoking, dealing with self-esteem, using preconceptional classes more effectively, dealing with stress and using videos that show the effect of smoking on the fetus.

Figure 7



Incidence of Smoking

Only 26% (44/172) of respondents said they kept records of the number of smokers in their programs. Thirteen per cent (22/172) kept records of the number of women who quit in the prenatal period, 13% (22/172) kept records of the number of women who reduced their smoking during this period, and only 3% (5/172) kept track of the number of women who started smoking again postpartum. Most respondents could at least estimate the incidence of these occurrences if records were not kept. The reported incidence of smoking among women in prenatal and postpartum programs ranged from 0% to 95% (mean = 40%, S.D. = 24.8).

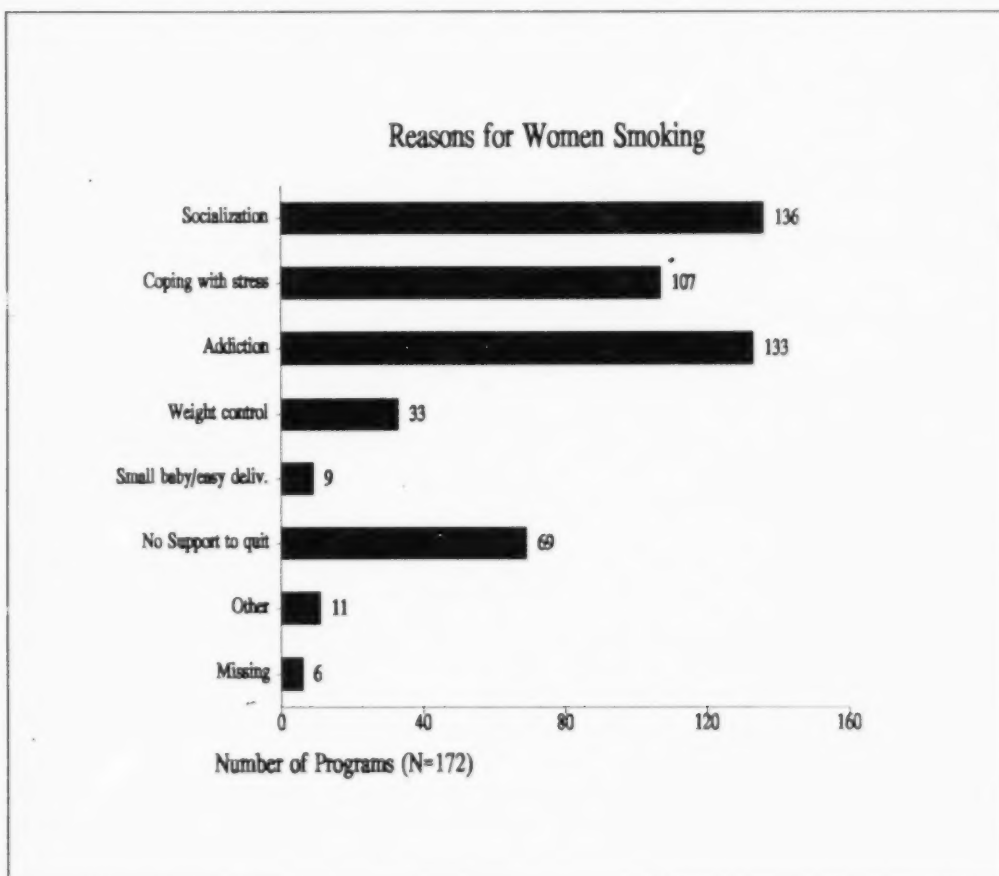
The incidence of smoking cessation during the prenatal period ranged from 0% to 100% (mean = 22%, S.D. = 24.4%). The incidence of smoking reduction

during the prenatal period ranged from 1% to 100% (mean = 37%, S.D. = 29.4). The incidence of restarting smoking in the postpartum period ranged from 0% to 100% (mean = 44%, S.D. = 33.1).

Reasons for Smoking

Figure 8 summarizes the reasons respondents thought women in their programs smoked. The most common reasons cited were "socialization, peers and family smoke" at 79% (136/172), "addiction" at 77% (133/172) and "coping with stressful living conditions" at 62% (107/172). "Other" reasons for women smoking included reduced cigarette prices, lack of knowledge, lack of native resources (regarding snuff), enjoyment and poverty.

Figure 8



Appendix Questionnaire

Prenatal and Postpartum Tobacco Study

Health Canada



The report from the Prenatal and Postpartum Tobacco Study will describe existing tobacco reduction programs and materials in prenatal and postpartum programs for families who are socially disadvantaged (due to socioeconomic, psychosocial or geographic considerations). It will also make a special effort to describe programs in multicultural and Aboriginal communities and for families with multiple births.

It will take you about ten minutes to complete this questionnaire. If your prenatal and postpartum programs are handled separately, please copy this questionnaire and fill one out for each program.

Name of Program: _____

Name of Organization/Agency: _____

Address: _____

Street

City

Province

Postal Code

☐☐☐☐☐☐

Telephone: () _____ Fax: () _____

Thank you for completing this questionnaire. Please return it by **February 20, 1994**.

Peggy Edwards
Chelsea Group Communications
26 Osborne Street
Ottawa, Ontario
K1S 4Z9
Telephone: (613) 730-0378 (for questions
about the questionnaire)
Fax: (613) 730-0379

Please send one sample of all tobacco reduction materials
you use in your program to the above address.

☐ Our prenatal and postpartum program(s) do not deal with tobacco reduction.

Please complete and return the cover page if you cannot complete the questionnaire.

Section 1: Coverage of Tobacco Use

1.1 Do you cover tobacco use in your prenatal and postpartum program(s) for socially disadvantaged families?

- ☐ No. ▶ Go to Section 5.
☐ Yes. ▶ Please continue.

1.2 Which of the following aspects of tobacco use are dealt with in your program? (Check all that apply.)

- 1 ☐ health effects on the mother
- 2 ☐ health effects on the fetus
- 3 ☐ health effects of second-hand smoke on the fetus
- 4 ☐ health effects of second-hand smoke on young children
- 5 ☐ why women smoke
- 6 ☐ partners' smoking
- 7 ☐ ways to quit
- 8 ☐ ways to cut down
- 9 ☐ benefits of quitting
- 10 ☐ how to handle stress
- 11 ☐ other, _____

1.3 Approximately how much time (in minutes) do you devote to tobacco reduction or cessation within your prenatal or postpartum program?

1 _____ minutes

What is the total length of your prenatal or postpartum program overall?

2 _____

1.4 How satisfied are you with the amount of emphasis smoking reduction and cessation have in your current program?

- 1 ☐ very satisfied
- 2 ☐ somewhat satisfied
- 3 ☐ dissatisfied
- 4 ☐ very dissatisfied

1.5 Typically, how do your participants respond to the tobacco reduction or cessation components in your current program? (Check one)

- 1 ☐ eager to reduce or quit
- 2 ☐ interested in hearing about it
- 3 ☐ not interested
- 4 ☐ become angry or defensive
- 5 ☐ other, _____

1.6 How satisfied are you with the results of your efforts to encourage women to reduce or stop smoking in your current program?

- 1 ☐ very satisfied
- 2 ☐ somewhat satisfied
- 3 ☐ dissatisfied
- 4 ☐ very dissatisfied

1.7 Is smoking reduction and/or cessation a specified goal or objective in your prenatal or postpartum program?

- 1 ☐ No
- 2 ☐ Yes

1.8 Is reducing the exposure of women, infants and children to second-hand smoke a specified goal or objective in your prenatal or postpartum program?

- 1 ☐ No
2 ☐ Yes

1.9 Has the smoking reduction and cessation component of your program been evaluated?

- 1 ☐ No.
2 ☐ Yes. ▶ Please provide a copy of the evaluation.

Section 2: Advice and Information

2.1 Do you provide advice and information on smoking reduction and cessation and on second-hand smoke in your current prenatal or postpartum program?

- 1 ☐ No. ▶ Go to Section 3.
2 ☐ Yes. ▶ Please continue.

2.2 Please list the material you use to provide advice and information (on smoking and second-hand smoke).

- 1 ☐ Verbal only.
2 ☐ Video (please give title and source.)

- 3 ☐ Fact sheet(s) and pamphlet(s) (please give title and source).

- 4 ☐ Book or report (please give title and source).

- 5 ☐ Guide or kit (please give title and source).

2.3 What are the top three barriers to increasing information and advice-giving on smoking reduction and cessation within your prenatal and postpartum programs? (Please check THREE NUMBERS ONLY.)

- 1 ☐ set curriculum
2 ☐ lack of time
3 ☐ lack of interest by clients
4 ☐ lack of materials
5 ☐ inappropriate materials
 a ☐ out-of-date
 b ☐ not available in language(s) needed
 c ☐ too expensive
 d ☐ too difficult to read
 e ☐ not culturally appropriate
6 ☐ don't know where to get materials
7 ☐ too guilt-inducing
8 ☐ other priorities (e.g., alcohol or illicit drug use)
9 ☐ other, please specify

Please send a sample copy of tobacco-related material you use in your program.

Section 3: Specific Help Within your Prenatal or Postpartum Program

3.1 Do you provide specific help with quitting and/or reducing smoking within your current prenatal or postpartum program?

- 1 ☐ No. ▶ Go to Section 4.
2 ☐ Yes. ▶ Please continue.

3.2 Please describe how you provide specific help with quitting and/or reducing smoking in your current prenatal or postpartum program. (Check all that apply.)

- 1 ☐ organize cessation support groups or "quit buddies" within our prenatal and postpartum program(s).
2 ☐ provide a tailored self-help tool (please specify).

3 ☐ provide ongoing counselling
4 ☐ work with each participant to develop a personal, tailored quit plan
5 ☐ encourage partners, peers and family members to support a participant who is trying to quit
6 ☐ other (please specify)

3.3 What are the top three barriers to increasing specific help with smoking reduction or cessation within your prenatal or postpartum program? (Please check THREE NUMBERS ONLY.)

- 1 ☐ set curriculum
2 ☐ lack of time
3 ☐ lack of materials
4 ☐ lack of interest by clients as a whole
5 ☐ smokers unwilling to participate
6 ☐ lack of resources
 a ☐ materials
 b ☐ money
7 ☐ other priorities (e.g., alcohol or illicit drug use)
8 ☐ other (please specify)

Section 4: Referral to Smoking Cessation Program

4.1 Do you refer clients to a smoking cessation program in the community?

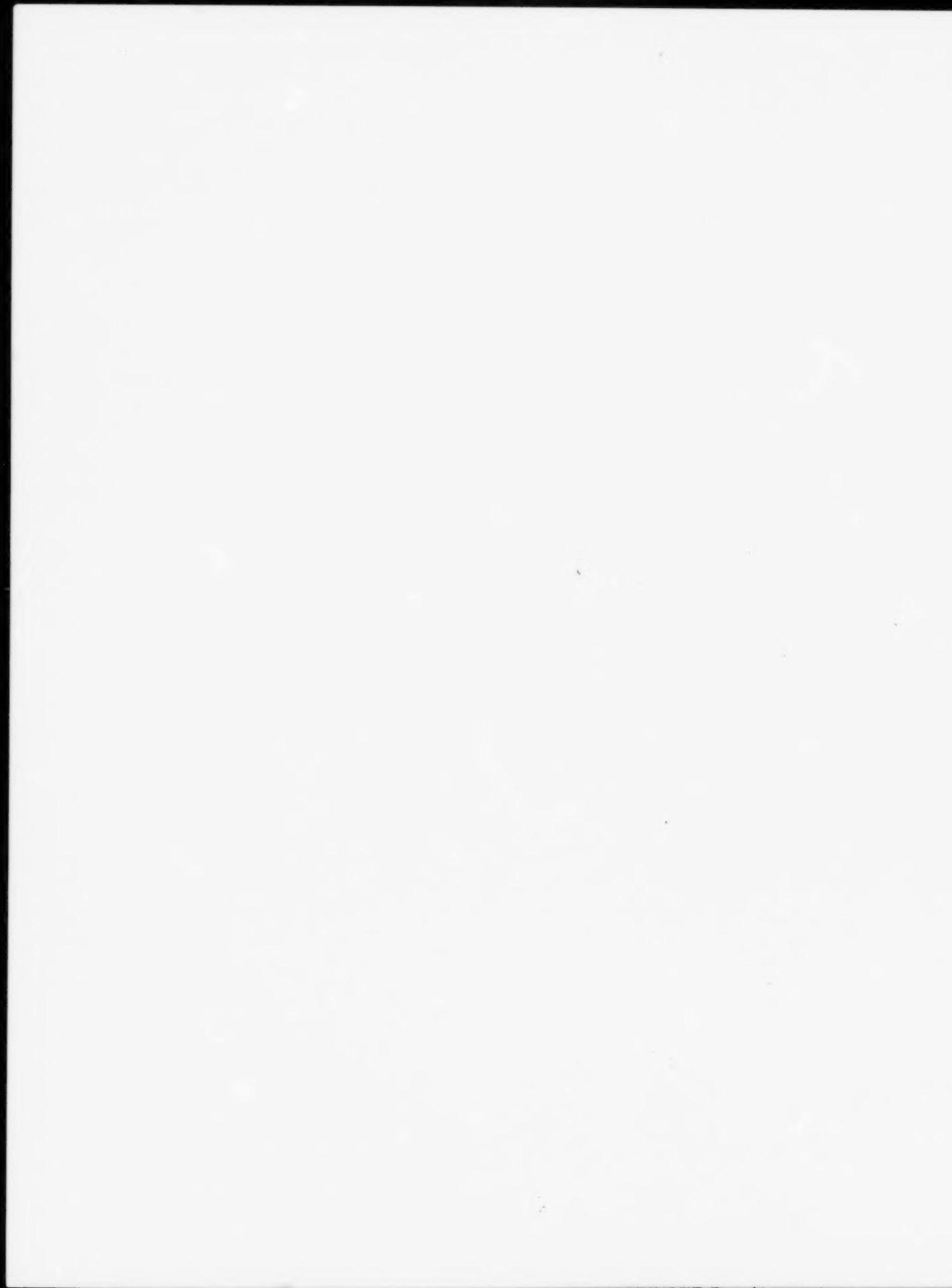
- 1 ☐ No. ▶ Go to Section 5.
2 ☐ Yes. ▶ Please identify the program.

Is this program free?

- 1 ☐ No
2 ☐ Yes

Is the program appropriate and sensitive to your clients' needs?

- 1 ☐ No
2 ☐ Yes



4.2 What are the top three barriers to referring clients to smoking cessation programs in the community? (Please check THREE NUMBERS ONLY.)

- 1 ☐ no cessation programs available
- 2 ☐ available programs are inappropriate
 - a ☐ too expensive
 - b ☐ no transportation
 - c ☐ wrong language
 - d ☐ involve a lot of reading
 - e ☐ not sensitive to my client group
- 3 ☐ clients not interested; they have other needs
- 4 ☐ other priorities (e.g., alcohol and/or illicit drug use)
- 5 ☐ other (please specify)

Section 5: Characteristics of a Good Program

In your view, what would be the main characteristics of a useful and effective tobacco reduction/cessation program for your clients?

(a) **within your existing prenatal or postnatal program** (Please check the FIVE MOST IMPORTANT that apply.)

- 1 ☐ short enough to fit within existing curriculum
 - 2 ☐ woman-centred
 - 3 ☐ family-centred
 - 4 ☐ non-judgmental
 - 5 ☐ no cost to participants
 - 6 ☐ adult-education approach (based on clients' needs)
 - 7 ☐ appropriate reading levels (or no reading)
 - 8 ☐ culturally appropriate
 - 9 ☐ in language of clients, specify
-
- 10 ☐ flexible, adaptable for use in outreach
 - 11 ☐ provides social support for quitting
 - 12 ☐ provides rewards and incentives
 - 13 ☐ deals with tobacco use in the context of other addictions
 - 14 ☐ deals with tobacco in the context of other life stresses
 - 15 ☐ includes training of service providers
 - 16 ☐ other (please specify)



- (b) In your view, what would be the main characteristics of a useful and effective tobacco reduction/cessation program **outside your prenatal or postpartum program (referral)**. (Please check the FIVE MOST IMPORTANT characteristics for your clients)

- 1 ☐ no cost
- 2 ☐ non-judgmental
- 3 ☐ offers social support
- 4 ☐ accessible (transportation)
- 5 ☐ includes childcare
- 6 ☐ women-centred
- 7 ☐ family-centred
- 8 ☐ women only
- 9 ☐ pregnant only
- 10 ☐ deals with tobacco in the context of other life stresses
- 11 ☐ deals with tobacco reduction/cessation as part of a larger lifeskills program
- 12 ☐ provides rewards and incentives
- 13 ☐ stresses reduction, not cessation
- 14 ☐ other (please specify)

Section 6: Priorities for Action

- 6.1 In your opinion, what are the most effective ways to deal with tobacco use and second-hand smoke in the prenatal and postpartum periods? (Check THREE ONLY.)

- 1 ☐ prevention and education (concentrate on preventing teens from starting to smoke)
- 2 ☐ more emphasis on smoking within existing prenatal and postpartum programs
- 3 ☐ offer free, accessible and appropriate cessation programs for women in the prenatal and postpartum periods
- 4 ☐ more permanent and specific warnings on packages
- 5 ☐ greater restriction of tobacco advertising
- 6 ☐ greater restriction of smoking in public places
- 7 ☐ higher taxes
- 8 ☐ tougher laws against selling cigarettes to minors
- 9 ☐ help health professionals do a better job of helping women quit
- 10 ☐ help health professionals do a better job of helping women confront others who smoke around them
- 11 ☐ train peer leaders, outreach workers and lay facilitators to help women quit or to deal with others who smoke
- 12 ☐ find a way to make partners and peers more supportive and sensitive to the effects of second-hand smoke
- 13 ☐ other (please specify)

Section 7: Incidence of Smoking

7.1 Do you keep records of how many women in your prenatal and postpartum programs smoke?

- 1 ☐ No. ▶ Go to 7.5.
2 ☐ Yes. ▶ Specify percentage.

_____ %

7.2 Do you keep records of how many women in your program quit smoking during the prenatal period?

- 1 ☐ No. ▶ Go to 7.5.
2 ☐ Yes. ▶ Specify percentage.

_____ %

7.3 Do you keep records of how many women in your program reduce smoking during the prenatal period?

- 1 ☐ No. ▶ Go to 7.5.
2 ☐ Yes. ▶ Specify percentage.

_____ %

7.4 Do you keep records of how many women in your program start smoking again postpartum?

- 1 ☐ No. ▶ Go to 7.5.
2 ☐ Yes. ▶ Specify percentage.

_____ %

7.5 If you do not keep records on tobacco use, please give us your best guess of the

_____ percentage of your clients who smoke

_____ percentage of your clients who quit in the prenatal period

_____ percentage of your clients who reduce smoking in the prenatal period

_____ percentage of your clients who start to smoke again in the postpartum period.

Section 8: Reasons for Smoking

8.1 In your experience, what are the three main reasons that women in your program smoke? (Check THREE ONLY.)

- 1 ☐ socialization, peers and family smoke
2 ☐ coping with stressful living conditions
3 ☐ addiction
4 ☐ weight control
5 ☐ believes she will have a smaller baby and an easier delivery
6 ☐ no support for quitting from peers and family members
7 ☐ other (please specify)

Thank you

Please return by February 20, 1994

Please enclose sample materials or evaluations and descriptions of the tobacco component of your program.

You will receive a copy of the report from this study.







Santé
Canada

Health
Canada

LA RÉDUCTION
DE LA CONSOMMATION
DE TABAC DANS
LES PROGRAMMES PRÉNATALS
ET POST-NATALS POUR
**LES FAMILLES À
HAUTE PRIORITÉ :**
RÉSULTATS
D'UN SONDAGE
CANADIEN

Canada

**Les brochures antitabagisme pour les
dispensateurs de soins prénatals et post-natals
Brochure 4**

**La réduction de la consommation de tabac
dans les programmes prénatals et post-natals
pour les familles à haute priorité :
résultats d'un sondage canadien**

Santé Canada
Février 1995

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

La présente brochure est la quatrième d'une série de six intitulée *Les brochures antitabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et post-natals*. Elles sont destinées aux pairs facilitateurs et aux directeurs professionnels de programmes prénatals et post-natals individuels et pour les groupes. Les titres des diverses brochures sont les suivants :

1. Le tabagisme pendant la grossesse : un choix difficile
2. Répertoire des documents sur le tabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et post-natals
3. Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et post-natale : résumé documentaire
4. La réduction de la consommation de tabac dans les programmes prénatals et post-natals pour les familles à haute priorité : résultats d'un sondage canadien
5. Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatale et post-natale
6. Le tabagisme et la grossesse : profils de programmes choisis

Pour obtenir des exemplaires des autres brochures de la série ou un jeu complet en français ou en anglais, veuillez communiquer avec :

Les programmes de lutte contre le tabagisme chez les femmes
4^e étage, immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Télécopieur : (613) 952-5188

Remerciements

Les renseignements contenus dans la présente brochure sont tirés d'une étude menée en 1994 sur la réponse communautaire par les dispensateurs de soins prénatals et post-natals au tabagisme et à l'exposition à la fumée du tabac. Cette étude a été menée par Peggy Edwards et Cordell Neudorf, médecin (Université de la Saskatchewan).

Elle a été élaborée et produite par les Programmes de lutte contre le tabagisme chez les femmes de Santé Canada dans le cadre de la stratégie de réduction de la demande de tabac.

Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et de collaborateurs et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles du Ministère.

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Also available in English under the title *Tobacco Reduction in Prenatal and Postpartum Programs for High Priority Families: Results of a Cross-Canada Survey*.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1995

N° de catalogue H39-306/3-1994F

ISBN 0-662-99361-6

Réimpression 1996

Table des matières

Aperçu	1
Questionnaire et liste d'envoi	1
Réponse	1
Introduction et analyse des données	1
Sommaire des réponses	2
Analyse	3
Accent sur le tabac dans les programmes existants	3
Interventions	4
Stratégies générales	6
Conclusions concernant la documentation	6
Actions recommandées pour des programmes	7
Résultats	9
Présence du tabagisme dans les programmes	9
Conseils et renseignements	12
Aide précise à l'intérieur des programmes prénatals et post-natals	13
Aiguillage vers les programmes de renoncement au tabagisme	14
Caractéristiques d'un bon programme	15
Priorités d'action	17
Incidence du tabagisme	18
Raisons pour lesquelles les femmes fument	19
Annexe	
Questionnaire	21

Aperçu

Au début de 1994, Santé Canada (Programmes de lutte contre le tabagisme chez les femmes) a demandé à Chelsea Group Communications de procéder à un sondage national pour en savoir davantage sur la façon dont les programmes prénatals et post-natals dans la collectivité traitent le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac avec leurs clients et les familles. Le sondage portait sur les programmes proposés aux femmes vivant dans des milieux défavorisés et à leur famille ainsi que sur les programmes dans les collectivités autochtones et multiculturelles.

Questionnaire et liste d'envoi

Un questionnaire (annexe A) a été conçu et vérifié auprès de sept groupes participant au sondage. Après révision, 253 questionnaires au total ont été expédiés à 235 emplacements. La liste d'envoi comprenait des unités de santé, des centres de santé communautaire, des hôpitaux, des organisations non gouvernementales, des centres d'amitié, les infirmières de zone de la Direction générale des services médicaux, des représentants de la santé communautaire chez les autochtones et d'autres emplacements déterminés comme oeuvrant auprès de familles socialement défavorisées dans une étude antérieure menée par Santé Canada. Les médecins n'étaient pas inclus parce que Santé Canada a entrepris un projet distinct sur l'intervention des médecins en matière de tabagisme et de grossesse.

Réponse

Dans l'ensemble, le taux de réponse a été de 73 %. Vingt-six des programmes ayant répondu ont indiqué ne pas s'occuper spécifiquement du tabagisme, de la réduction ou du renoncement au tabac; 146 programmes ont indiqué qu'ils s'occupaient de la réduction du tabagisme.

Introduction et analyse des données

L'introduction et l'analyse des données ont été accomplies à l'aide du progiciel EpiInfo, conçu pour la conception, l'introduction et l'analyse intégrées des données. Le programme d'introduction des données a été conçu pour une auto-vérification d'une manière limitée, car les zones étaient établies pour n'accepter que les caractères appropriés. Les réponses écrites ont été transcrites telles quelles pour le programme d'introduction des données.

Les données ont été vérifiées ligne par ligne quant aux incohérences. L'interpolation des données a été maintenue au minimum. Les données manquantes ont été incluses dans le calcul des pourcentages.

Sommaire des réponses

Étude sur le tabagisme en période prénatale et post-natale Avril 1994

Province ou territoire	Nombre d'emplacements	Réponse des emplacements			*Nombre de questionnaires
		Non	Oui	Total	
C.-B.	28	5	14	19	21
Alb.	20	1	10	11	14
T.N.-O.	6	2	3	5	5
Yuk.	10	0	8	8	9
Sask.	18	3	8	11	11
Man.	18	1	14	15	21
Ont.	64	7	40	47	55
QC	42	5	29	34	34
N.-B.	5	0	4	4	4
N.-É.**	16	2	11	13	12
Î.-P.-É.	2	0	1	1	1
T.-N.	6	0	4	4	5
Total	235			172	192
* Certains emplacements ont retourné plus d'un questionnaire (plus d'un programme)					
** Un emplacement a répondu par téléphone					

Nombre total d'emplacements : 235

Nombre total de réponses par les emplacements : 172

Nombre total de programmes : 192

Taux de réponse : 73%

Analyse

Cette section traite de l'incidence des conclusions tirées de l'étude d'envergure nationale sur les programmes communautaires prénatals et post-natals.

Accent sur le tabac dans les programmes existants

Les conclusions de l'enquête nationale sur le tabac et la grossesse indiquent comment un effort communautaire de collaboration peut régler les questions de tabac et de grossesse.

Étant donné que seul un petit nombre de programmes relèvent l'incidence du tabagisme (26 %), de la cessation (13 %), de la réduction (13 %) et de la rechute post-natale (3 %), et que les répondants semblent interpréter la question touchant à l'incidence de différentes façons, les nombres absolus relatifs à l'incidence ne sont pas sûrs. Cependant, nous pouvons observer certaines tendances.

La première est le petit nombre de programmes qui relèvent effectivement des données sur l'utilisation du tabac. On y relie le nombre particulièrement réduit de programmes qui relèvent les rechutes post-natales, bien que les responsables des programmes estiment que le taux de rechute est particulièrement élevé (44 %). Deuxièmement, les programmes ayant de faibles taux de cessation sont les plus susceptibles d'être insatisfaisants en ce qui concerne leur élément tabagisme. Les programmes qui présentent les plus hauts taux estimatifs de rechute post-natale sont les plus susceptibles d'être insatisfaisants. Dans l'ensemble, 37 % des programmes sont insatisfaisants quant aux résultats des efforts visant à encourager les femmes à arrêter de fumer ou à réduire leur consommation de tabac. Il semblerait alors qu'un grand nombre de programmes prénatals et post-natals souhaiteraient trouver un meilleur moyen de traiter de l'usage du tabac.

Le temps moyen consacré au tabagisme dans les programmes prénatals et post-natals à l'échelon communautaire est légèrement inférieur à 30 minutes. Cela reflète vraisemblablement le fait que des programmes prénatals et post-natals complets couvrent beaucoup de sujets différents concernant la grossesse, la naissance, le mode de vie, etc. Un peu plus de la moitié des programmes indiquent que le manque de temps empêche d'augmenter l'aide particulière touchant à la cessation et la prestation de l'information sur la réduction du tabagisme. Il n'est probablement pas réaliste d'espérer que la majorité des programmes prénatals et post-natals offrent un programme complet de cessation dans le cadre de leur programme standard. Toutefois, ils peuvent soutenir et diriger efficacement la cessation et la réduction au plan individuel, spécialement par un programme d'extension. Ils peuvent également aiguiller les clientes vers les programmes communautaires appropriés ou (si la population est suffisamment importante) former des groupes séparés pour les fumeuses enceintes et leurs partenaires.

Interventions

Presque tous les programmes prénatals et post-natals comprennent les effets du tabagisme sur la santé de la mère et du fœtus (plus de 90 %) et les effets de la fumée secondaire sur les jeunes enfants (75 %). Les responsables des programmes reconnaissent que le tabagisme est un phénomène social symptomatique des conditions de vie stressantes des femmes défavorisées au plan social. Néanmoins, seulement 17 % des programmes traitent des raisons qui incitent les femmes à fumer et moins de la moitié traitent du stress. Bien que les responsables semblent savoir que la prestation de renseignements concernant les effets sur la santé n'est pas suffisante pour changer les comportements face au tabagisme, ils se basent toujours sur une méthode traditionnelle de présentation de l'information sur la santé.

Les programmes prénatals et post-natals communautaires sont beaucoup plus enclins à dispenser des conseils et de l'information sur la réduction et la cessation du tabagisme (88 %) qu'à offrir une aide particulière dans leur programme (34 %) ou à aiguiller les clientes vers des programmes de renoncement au tabac dans la collectivité (36 %). Seulement une unité de santé a indiqué qu'elle offrait un programme prénatal propre aux fumeuses enceintes et à leurs partenaires.

Comment les programmes prénatals et post-natals traitent de l'usage du tabac

• Offrir des conseils et de l'information	88 %
• Fournir une aide particulière concernant la réduction et la cessation du tabagisme	34 %
• Aiguiller les clientes vers des programmes de cessation du tabagisme dans la collectivité	36 %

Les obstacles les plus souvent mentionnés à la mise en oeuvre de ces moyens d'action sont les suivants :

Conseils et renseignements
clientes non intéressées
manque de temps
autres priorités
documents non convenables

Aide particulière
manque de temps
manque de participation
clientes non intéressées
manque de ressources

Aiguillages
clientes non intéressées
programmes disponible non convenables

Le nombre élevé de programmes indiquant l'absence d'intérêt chez leurs clientes peut être relié à trois facteurs :

- La majorité des femmes ne fume pas : les membres du groupe qui ne sont pas des fumeuses ne sont évidemment pas intéressées à cesser de fumer.
- Les femmes qui continuent à fumer pendant la grossesse risquent d'être fortement dépendantes et d'éprouver d'autres tensions concurrentes dans leur existence (par exemple, réduction de la consommation d'alcool, situation de violence familiale).
- L'absence de soutien pour cesser de fumer de la part des membres de la famille, des pairs et du partenaire des femmes défavorisées au plan social.

Cette situation a d'importantes répercussions sur les besoins de formation. Les responsables des programmes prénatals et post-natals ont besoin de guides d'auto-cessation qui peuvent servir à conseiller individuellement des personnes en dehors des cours collectifs. Ils cherchent également des moyens de faire participer les membres du groupe à une discussion sur les raisons qui incitent les femmes à fumer et des moyens d'inclure les partenaires et d'autres membres de la famille dans les interventions sur le tabagisme.

Le manque d'aiguillage vers les programmes communautaires de cessation est directement lié à l'absence de programmes accessibles appropriés. Les responsables des programmes et les principaux informateurs ont indiqué que le coût, l'absence de services de garderie et de transport, l'insensibilité à la culture et l'analphabétisme étaient d'importants obstacles à l'aiguillage. Simultanément, les responsables des programmes estimaient qu'un bon programme (interne ou externe) présenterait les principales caractéristiques suivantes : gratuit, ne portant pas de jugement et orienté vers la famille. Le Stop Smoking Program for Women on Low Income (décrit dans la brochure 6) est un exemple de programme communautaire de réduction et de cessation qui traite de ces questions. Malheureusement, les familles défavorisées n'ont pas un accès égal à ces types de programmes dans l'ensemble du Canada (bien que la formation concernant l'utilisation du Stop Smoking Program for Women on Low Income soit en cours en Ontario et en Nouvelle-Écosse).

Les programmes qui fournissent une aide particulière relative à la réduction et à la cessation emploient diverses techniques utiles : l'utilisation d'outils d'auto-cessation, la consultation permanente, l'élaboration d'un plan de cessation adapté à chaque personne, des groupes de soutien, les lignes téléphoniques de soutien, des conférenciers invités et des activités visant à acquérir l'estime de soi. Malheureusement, seul un très petit nombre de programmes évaluent ces efforts.

Stratégies générales

Les responsables des programmes prénatals et post-natals ont désigné les stratégies générales suivantes comme les moyens les plus efficaces de traiter de l'usage du tabac et de la fumée secondaire.

1. Prévention et éducation
2. Programmes de cessation gratuits, accessibles et appropriés
3. Soutien des partenaires et des pairs

Les responsables sont beaucoup moins enclins à juger efficaces les tactiques législatives générales comme la restriction de la publicité, de meilleurs avertissements sur les paquets et l'interdiction de fumer dans les endroits publics. Ces conclusions reflètent vraisemblablement l'expérience des responsables des programmes relativement à leurs clientes dans des situations de tête-à-tête. Néanmoins, une méthode complète de réduction du tabagisme dans la collectivité servira à renforcer le soutien social pour les non fumeurs par les femmes enceintes, leurs partenaires et leurs familles.

Conclusions concernant la documentation

Un résumé du nombre de documents sur les programmes prénatals et post-natals révèlent certaines lacunes évidentes : en particulier, un manque de ressources en français (dans tous les formats) et une documentation limitée pour les familles autochtones et d'autres groupes culturels. On n'a trouvé aucune documentation sur la rechute post-natale.

Il y a peu de ressources sur les effets particuliers de la fumée secondaire sur les bébés et les jeunes enfants, et sur les mères fumeuses qui allaitent. La plupart des documents existants ont tendance à être orientés sur les effets sur la santé en donnant peu de renseignement sur ce qu'il faut faire. Les responsables des programmes ont également indiqué qu'un manque de connaissances et de mauvaises informations existent toujours en ce qui concerne la fumée secondaire et l'opportunité du tabac pour s'assurer d'avoir un bébé plus petit «plus facile à mettre au monde».

La série de documents rassemblée d'après les programmes étudiés fait ressortir trois autres points importants :

1. La nécessité de partager l'information sur ce qui existe;
2. la nécessité d'éliminer le dédoublement (par exemple, chaque programme produisant ses propres documents à distribuer sur la fumée secondaire);
3. la nécessité d'évaluer ce qui est utilisé. Plusieurs des documents envoyés par les répondants sont désuets et de nombreux responsables ont soulevé le problème des hauts niveaux de lecture des documents écrits. Il faut de toute évidence évaluer la documentation existante (en collaboration avec le public visé) et déterminer comment les documents futurs peuvent être plus efficaces.

On peut trouver une liste complète des documents de consultation appropriés aux programmes prénatals et post-natals dans la brochure 2 de cette série.

Actions recommandées pour des programmes

Les stratégies d'action suivantes concernent les problèmes cernés dans l'enquête.

1. Établir de meilleurs ponts entre les coalitions de lutte contre le tabagisme, les médecins, les hôpitaux pour enfants et les services d'urgences.
2. Encourager les responsables des programmes prénatals et post-natals à évaluer leur méthode actuelle de réduction, de cessation et de prévention du tabagisme en vue d'utiliser un procédé de participation pour traiter des raisons incitant les femmes à fumer. Chaque programme prénatal et post-natal est unique, comme le sont les clientes qui y participent. Par conséquent, les programmes ont besoin de divers groupes, de diverses personnes et de diverses options de programmes d'extension, de même que de la capacité d'orienter des clientes vers des programmes de cessation communautaires. Les programmes prénatals et post-natals dans les vastes circonscriptions hospitalières devraient envisager de parrainer des programmes prénatals et post-natals spéciaux pour les fumeuses enceintes et leurs familles, en collaboration avec les groupes de lutte contre tabagisme et les médecins du milieu.
3. Utiliser des programmes d'extension pour rejoindre les fumeuses enceintes qui normalement ne se présenteraient pas aux cours prénatals.
4. Encourager les responsables des programmes prénatals et post-natals à relever l'incidence du tabagisme, de la cessation et des rechutes, et à cerner et évaluer les interventions qui ont un effet sur ces nombres.
5. Fournir une formation aux animateurs des programmes prénatals et post-natals et aux conseillers concernant les étapes de préparation à la cessation, la façon d'encourager les femmes enceintes et leurs familles à réduire leur consommation ou à cesser de fumer et les moyens de favoriser des maisons sans fumée et un environnement sans fumée pour les enfants.
6. Parrainer la recherche participative et des groupes d'étude formés de membres du public visé en vue de mieux comprendre les attitudes, les connaissances, les croyances et les besoins des fumeuses enceintes, de leurs partenaires et de leurs familles.
7. Évaluer les documents existants et les types préférés de documentation avec le public visé. Rendre compte de ce qui fonctionne et formuler des recommandations pour l'élaboration de nouveaux documents.

8. Effectuer une recherche et rendre compte de la façon d'empêcher les rechutes post-natales.
9. Encourager des bingos, des parties de base-ball et d'autres endroits publics sans fumée.

Résultats

Au total, 172 programmes ont respecté les critères de l'analyse en retournant un questionnaire qui indiquait que le programme s'occupait de la réduction du tabagisme. Le tableau 1 illustre la répartition de ces programmes par province et territoire.

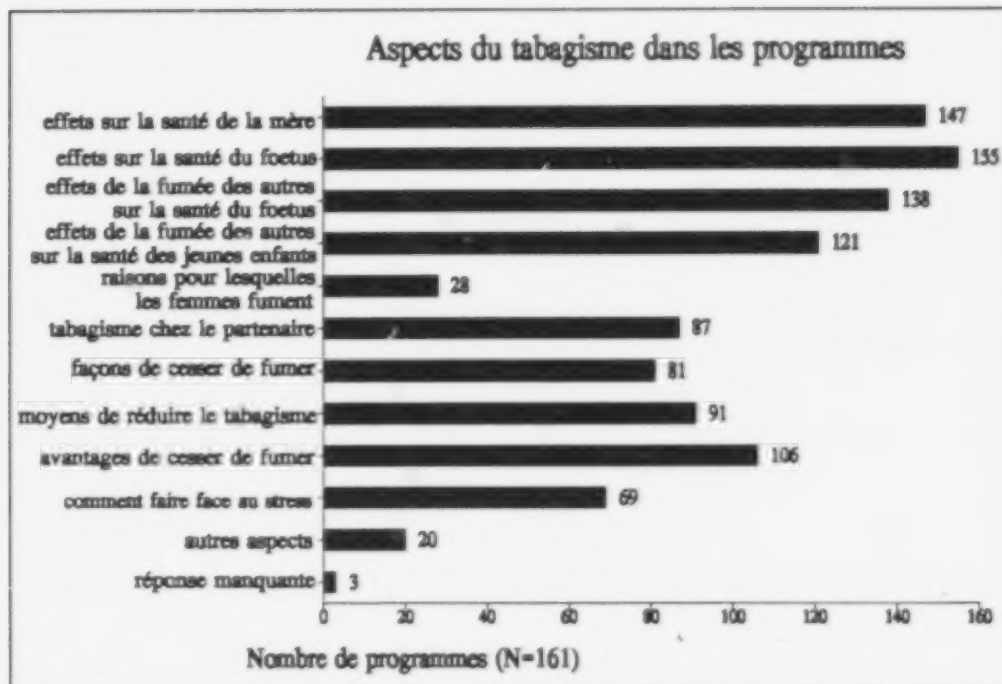
Tableau 1

Province/ Territoire	Nombre de programmes	Province/ Territoire	Nombre de programmes
Alberta	12	Nouvelle-Écosse	11
C.-B.	18	Ontario	47
Manitoba	20	Î.-P.-É.	2
T.N.-O.	5	Québec	32
Nouveau- Brunswick	4	Saskatchewan	8
Terre-Neuve	5	Yukon	8
Total = 172			

Présence du tabagisme dans les programmes

Quatre-vingt-quatorze pour cent (161 sur 172) des programmes ont indiqué avoir tenu compte de la réduction du tabagisme dans leurs programmes prénatals et post-natals pour les familles socialement défavorisées. On demandait à ces programmes d'indiquer de quels aspects du tabagisme ils traitaient. La figure 1 illustre les réponses à cette question.

Figure 1



La plupart des programmes traitent des effets du tabagisme sur la santé de la mère (91 %), des effets sur la santé du fœtus (fumée directe 96 %, fumée secondaire 86 %), des effets sur la santé des jeunes enfants (fumée des autres 75 %). À peine 43 % des programmes traitent du stress et 17 % des raisons pour lesquelles les femmes fument. Les réponses à la catégorie «autres aspects» comprenaient des exemples de ce qui précède ainsi que les effets du tabagisme sur l'allaitement et de l'information sur la façon d'avoir accès à des programmes. Un programme indiquait s'occuper de ce que ses clientes voulaient savoir. Il n'y a aucune relation entre le nombre d'aspects abordés par un programme et les taux de renoncement ou de réduction des clientes. Toutefois, à partir des estimations fournies sur l'incidence du tabagisme, il semble que ces questions aient été interprétées différemment par différents programmes, ce qui rend difficile l'analyse comparée de ces questions.

La durée des programmes prénatals et post-natals va de 1 à 72 heures (moyenne de 12,69 heures, écart standard de 8,86). Le temps consacré à la réduction ou au renoncement au tabac va de 0 à 5 heures (moyenne de 0,47 heure, écart standard de 0,59). La proportion moyenne du temps total du programme consacré à la réduction ou au renoncement au tabac est de 4 % (écart standard de 6), ou 30 minutes.

On a demandé aux personnes qui remplissaient le questionnaire si elles étaient satisfaites du degré d'importance que la réduction ou la cessation du

tabagisme occupe dans leur programme. Soixante-cinq pour cent (104 sur 161) se sont dites «à peu près satisfaites». Seulement 12 % (20 sur 161) se sont dites «très satisfaites», alors que 21 % (33 sur 161) se sont dites «insatisfaites» ou «très insatisfaites». Celles qui ont répondu «insatisfaites» ou «très insatisfaites» présentaient des taux de succès considérablement inférieurs de la réduction du tabagisme chez leurs clientes au taux de celles qui se sont dites «à peu près satisfaites» ou «très satisfaites» ($p = 0,02$).

À la question demandant comment leurs participantes réagissaient de façon générale à l'élément de réduction ou de cessation du tabagisme de leur programme, 55 % (88 sur 161) croient que leurs participantes sont intéressées à en entendre parler. À peine 9 % (14 sur 161) croient que leurs participantes sont motivées à réduire ou à renoncer à leur consommation de tabac, tandis que 19 % (30 sur 161) croient qu'elles ne sont pas intéressées et 3 % (4 sur 161) croient que les participantes deviennent en colère ou sur la défensive. Parmi les autres réponses, mentionnons: «toutes réagissent différemment», «elles considèrent le tabagisme comme la moindre de leurs préoccupations», et «incapables de cesser ou trop dépendantes pour cesser de fumer».

Quarante-huit pour cent (78 sur 161) des répondants se disent à peu près satisfaits, et 37 % (59 sur 161) se disent insatisfaits des résultats des efforts déployés pour inciter les femmes à réduire ou à cesser leur consommation de tabac. Six pour cent (9 sur 161) se disent très satisfaits, et 5 % (8 sur 161) se disent très insatisfaits. On constate une tendance à une insatisfaction accrue devant les piètres résultats indiqués par les taux de réduction et de cessation signalés dans la section 7 du questionnaire, mais aucune tendance correspondante à une satisfaction accrue lorsque les résultats sont meilleurs. Toutefois, ceux qui se disent insatisfaits ou très insatisfaits présentent des taux de rechute de beaucoup supérieurs après la naissance de l'enfant par rapport à ceux qui se disent à peu près satisfaits ou très satisfaits (15 % par rapport à 30 % dans la catégorie de rechute la plus basse, et 42 % par rapport à 14 % dans la catégorie de rechute la plus élevée; $p = 0,02$).

Soixante-cinq pour cent (105 sur 161) des programmes ont «la réduction ou la cessation du tabagisme» comme but ou objectif précis, et 60 % (97 sur 161) des programmes ont «la réduction de l'exposition des femmes, des nourrissons et des jeunes enfants à la fumée des autres» comme but ou objectif. Les programmes qui ont ces objectifs précis ne consacrent pas beaucoup plus de temps à la réduction du tabagisme que ceux qui n'ont pas ces objectifs.

Parmi les programmes comportant un élément de réduction ou de cessation du tabagisme, seulement 6 % (10 sur 161) l'ont fait évaluer.

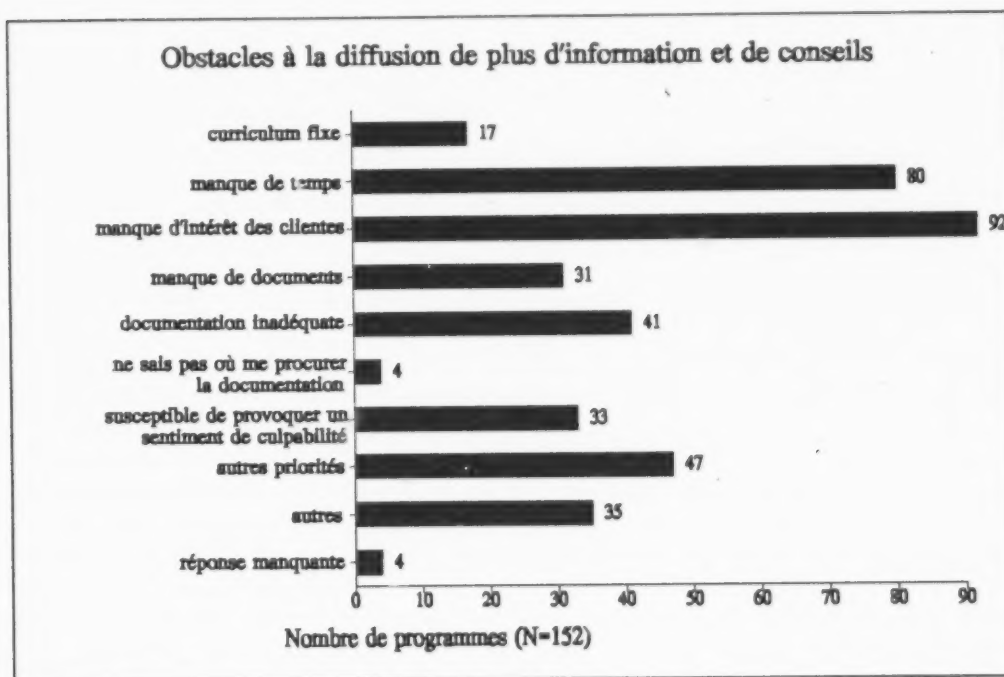
Conseils et renseignements

Quatre-vingt-huit pour cent (152 sur 161) des programmes dispensent des conseils et des renseignements sur la réduction ou la cessation du tabagisme ainsi que sur la fumée secondaire.

Les conseils et les renseignements sont dispensés comme suit : verbaux seulement 58 % (88 sur 151), vidéo 41 % (62 sur 151), feuillets d'information et dépliants 74 % (113 sur 151), livres ou rapports 12 % (18 sur 151), et guides ou trousseaux 23 % (35 sur 151).

On a demandé aux répondants quels étaient selon eux les trois principaux obstacles les empêchant de donner plus d'information et de conseils sur la réduction ou la cessation du tabagisme dans le cadre de leur programme. La figure 2 résume les réponses les plus fréquentes.

Figure 2



Les obstacles mentionnés le plus souvent sont «manque d'intérêt des clientes» 61 % (92 sur 152), «manque de temps» 53 % (80 sur 152) et «autres priorités» 31 % (47 sur 152). Parmi les obstacles «autres», mentionnons le tabagisme du partenaire, le manque de temps, le stress élevé, le taux de décrochage élevé, le manque de motivation (soutien, pénurie de personnel, et le fait que la majorité des participantes ne fument pas). Quarante et un programmes ont signalé la documentation inadéquate comme obstacle les empêchant de dispenser plus

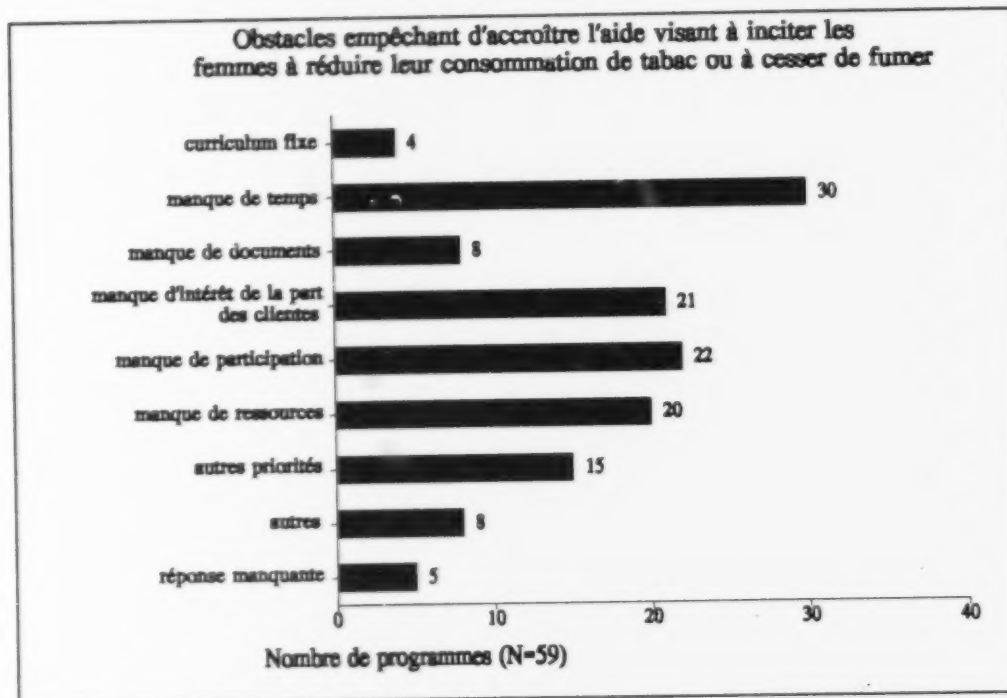
d'information et de conseils : 23 croient que la documentation est trop difficile à lire, 20 disent qu'elle n'est pas appropriée sur le plan culturel, 15 disent qu'elle est périmée et pas disponible dans la langue dans laquelle ils en ont besoin, et 13 croient qu'elle est trop coûteuse.

Aide précise à l'intérieur des programmes prénatals et post-natals

Seulement 34 % (59 sur 172) des programmes offrent une aide précise pour inciter les gens à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de tabac. De ceux-ci, 5 % (3 sur 59) font appel à des groupes de soutien ou à des partenaires qui veulent aussi cesser de fumer, 24 % (14 sur 59) font appel à un outil d'auto-cessation adapté, par exemple «Freedom From Smoking for You and Your Baby» ou «Une vie 100 fumer», 39 % (23 sur 59) offrent un service permanent de consultation, 41 % (24 sur 59) mettent au point des plans personnels adaptés à chaque personne, et 56 % (33 sur 59) encouragent les partenaires, les pairs et les membres de la famille à aider la participante qui veut cesser de fumer. Cinquante et un pour cent (30 sur 59) de ces programmes indiquent d'autres moyens qu'ils offrent pour aider à cesser de fumer, notamment l'aiguillage vers un médecin ou d'autres programmes de renoncement, leur propre programme d'éducation et de cessation, des trousseaux d'information, une ligne de soutien, des conférenciers invités et le travail sur l'estime de soi déficiente.

La figure 3 résume les principaux obstacles empêchant d'accroître l'aide précise dispensée pour inciter à réduire la consommation de tabac ou à cesser de fumer dans le cadre du programme. Parmi les obstacles mentionnés le plus souvent, signalons le manque de temps 51 % (30 sur 59), le manque de participation 37 % (22 sur 59) et le manque d'intérêt des clientes 36 % (21 sur 59). Des 20 programmes signalant le manque de ressources comme obstacle, 14 indiquent le manque de documents et 10 le manque de fonds. Parmi d'autres obstacles, mentionnons le manque de services de garde d'enfants, le stress, l'estime de soi déficiente, et le manque de motivation et de soutien.

Figure 3



Aiguillage vers les programmes de renoncement au tabagisme

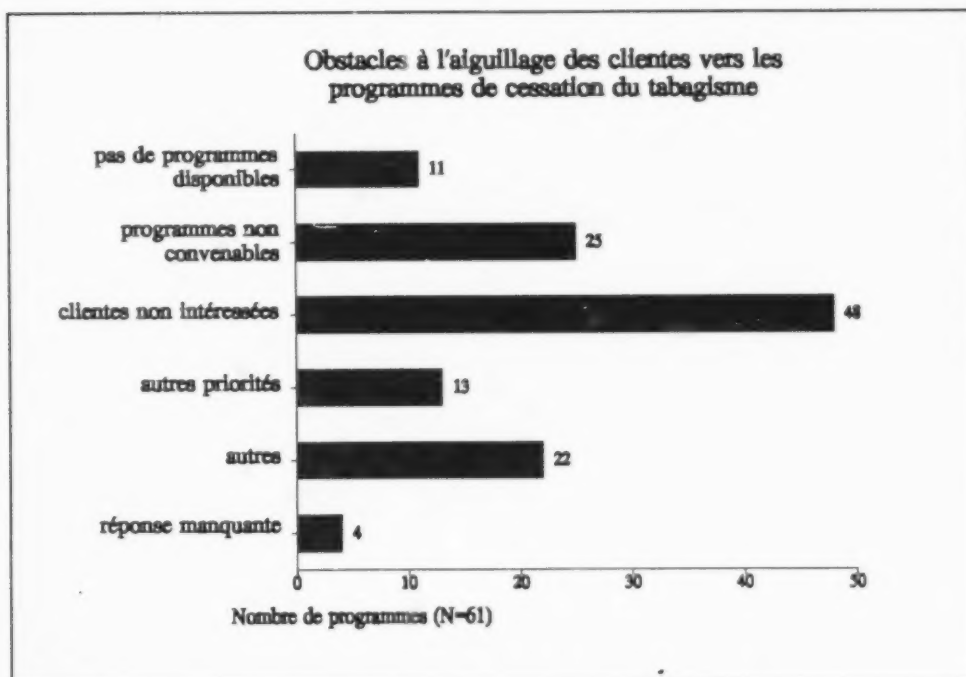
Seulement 36 % (61 sur 172) des programmes aiguillent les clientes vers des programmes de cessation du tabagisme dans la collectivité. Les organisations les plus souvent citées comprennent l'Association pulmonaire, la Société du cancer, les Adventistes du 7^e jour, les hôpitaux, les programmes de médecins et les programmes de clinique interne. Parmi les programmes particuliers, mentionnons : «Une vie 100 fumer», «Quit for Good», «In Control» et «Cig-Arrêtons».

Cinquante-trois pour cent (32 sur 61) des programmes de cessation offerts par aiguillage étaient gratuits. Soixante et un pour cent (37 sur 61) des répondants estiment que ces programmes sont appropriés et sensibles aux besoins de leurs clientes.

La figure 4 résume les facteurs qui empêchent d'aiguiller les clientes vers les programmes de renoncement au tabagisme dans la collectivité.

Les obstacles à l'aiguillage vers les programmes les plus souvent cités sont le manque d'intérêt de la part des clientes 79 % (48 sur 61) et l'absence de pertinence des programmes disponibles 41 % (25 sur 61). Les répondants ont précisé le terme «non convenable» comme suit : «trop coûteux» (19 sur 25), «pas

Figure 4



de transport» (12 sur 25), «insensible» (11 sur 25), «trop de lecture» (5 sur 25) et «pas la bonne langue» (3 sur 25).

Parmi les autres obstacles cités, mentionnons : programmes sporadiques, pas suffisamment de programmes (spécialement pour les groupes particuliers comme les autochtones), mauvaise publicité, absence de services de garde d'enfants, période stressante pour cesser de fumer et manque de motivation et de soutien.

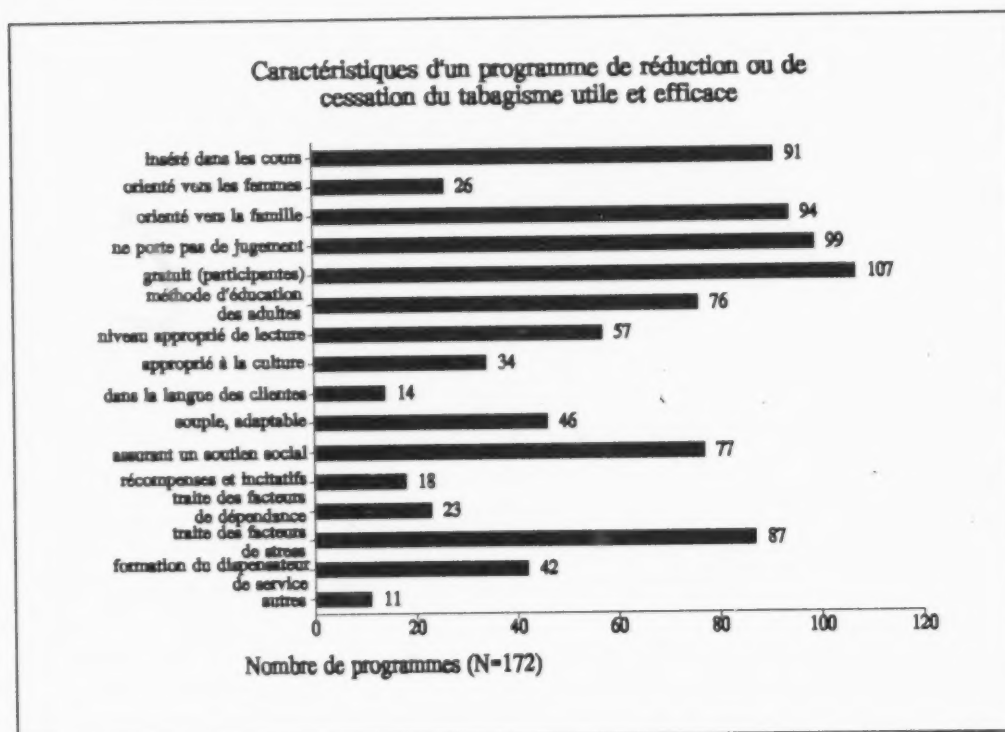
Caractéristiques d'un bon programme

Cette section, et toutes celles qui suivent, ont été soumises à tous les répondants dont les programmes prénatals et post-natals traitaient de la réduction du tabagisme.

La figure 5 résume les principales caractéristiques qui, selon les répondants, seraient utiles et efficaces dans leurs programmes prénatals et post-natals. Les caractéristiques ayant obtenu les plus hauts pourcentages sont les suivantes : «gratuits pour les participantes» 62 % (107 sur 172), «qui ne portent pas de jugement» 58 % (99 sur 172), «orientés vers la famille» 55 % (94 sur 172), «suffisamment courts pour s'insérer dans les cours existants» 53 % (91 sur 172), et «traitent du tabac dans le contexte du stress de la vie» 51 %

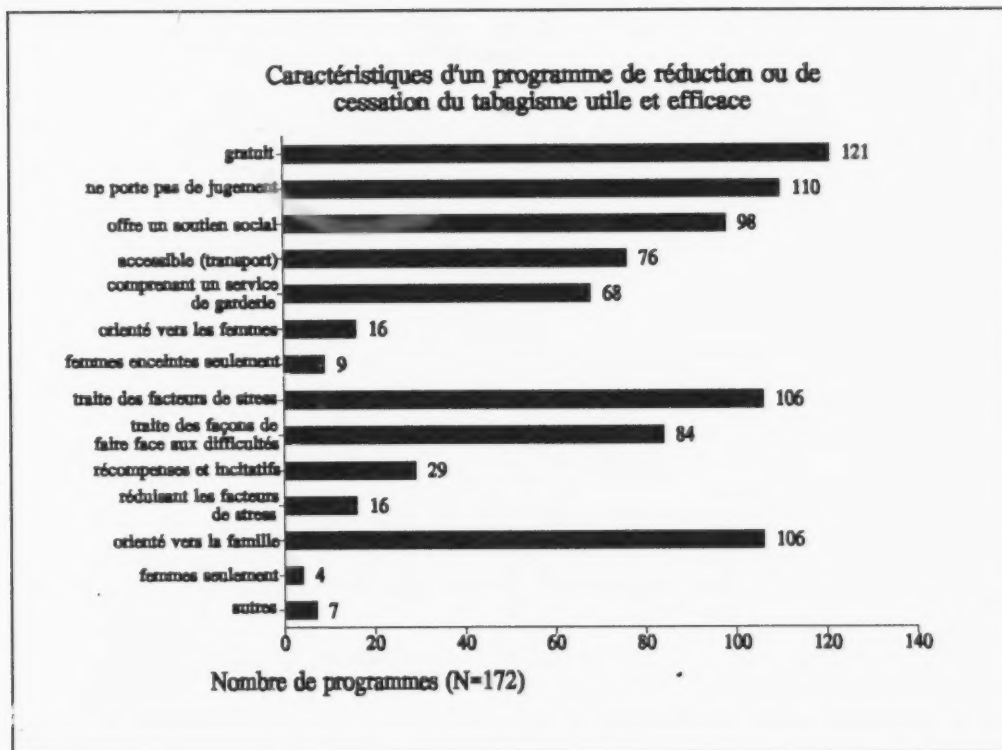
(87 sur 172). D'autres caractéristiques comprenaient la possibilité de répéter le programme, le soutien des pairs, le matériel d'encouragement, des vidéos, un aperçu des facteurs environnementaux, le renoncement aux frais, l'engagement de tout le personnel et des éléments particuliers pour les adolescentes ou les femmes enceintes.

Figure 5



La figure 6 résume les caractéristiques souhaitables mentionnées par les répondants pour les programmes ne faisant pas partie de leurs programmes prénatals et post-natals. Les caractéristiques ayant obtenu les plus hauts pourcentages sont les suivantes : «gratuit» 72 % (121 sur 172), «ne porte pas de jugement» 65 % (110 sur 172), «orienté vers la famille» et «traite du tabac dans le contexte du stress de la vie» 63 % chacun (106 sur 172), «offre un soutien social» 58 % (98 sur 172) et «transport accessible» 57 % (97 sur 172). Parmi les autres caractéristiques, mentionnons l'utilisation d'un modèle d'éducation des adultes, des objectifs souples, des frais de renonciation et coûts réduits, des aides visuelles et des programmes à long terme et permanents.

Figure 6



Priorités d'action

La figure 7 indique les moyens que les répondants jugent les plus efficaces pour traiter de l'utilisation du tabac et de la fumée secondaire dans les périodes prénatales et post-natales. Les répondants estiment que les méthodes les plus efficaces sont la prévention et l'éducation 73 % (122 sur 172), des programmes de cessation gratuits, accessibles et appropriés 56 % (94 sur 172), et les moyens d'aider les partenaires et les collègues à mieux comprendre et à être plus sensibles aux effets de la fumée secondaire 44 % (73 sur 172). Parmi les autres méthodes jugées efficaces mentionnons les groupes de soutien parentaux, une législation plus étendue, l'éducation dans les écoles, aider les femmes enceintes à diminuer la consommation de tabac, chercher et viser les causes de la consommation de tabac, traiter de l'estime de soi, tirer meilleur parti des cours prénataux, traiter du stress et utiliser des vidéos qui montrent les effets de la fumée sur le fœtus.

Figure 7



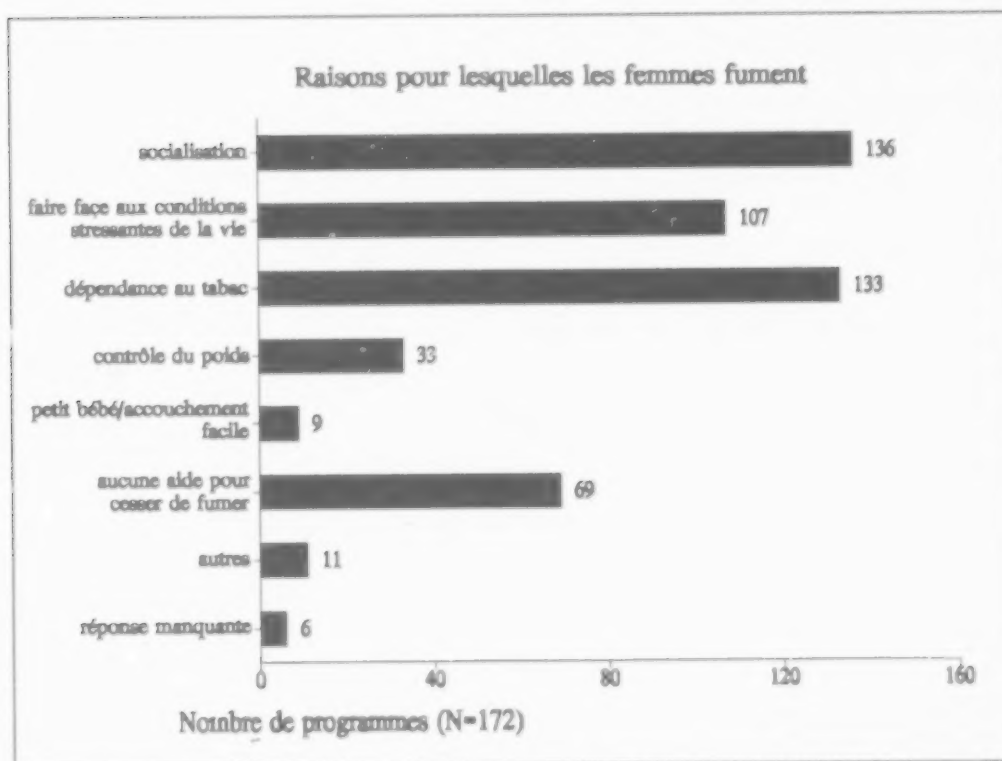
Incidence du tabagisme

Seulement 26 % (44 sur 172) des répondants ont indiqué qu'ils avaient relevé le nombre de fumeurs dans leurs programmes. Treize pour cent (22 sur 172) avaient relevé le nombre de femmes qui avaient cessé de fumer dans la période prénatale, 13 % (22 sur 172) avaient relevé le nombre de femmes qui avaient diminué leur consommation de tabac durant cette période, et seulement 3 % (5 sur 172) avaient relevé le nombre de femmes qui avaient recommencé à fumer dans la période post-natale. La plupart des répondants pouvaient au moins estimer l'incidence de ces cas en l'absence de relevés. L'incidence du tabagisme chez les femmes dans les programmes prénatals et post-natals variait de 0 % à 95 % (moyenne = 40 %, E.S. = 24,8). L'incidence de la cessation du tabagisme durant la période prénatale variait de 0 % à 100 % (moyenne = 22 %, E.S. = 24,4). L'incidence de la réduction du tabagisme durant la période prénatale variait de 1 % à 100 % (moyenne = 37 %, E.S. = 29,4). L'incidence du fait de recommencer à fumer dans la période post-natale variait de 0 % à 100 % (moyenne = 44 %, E.S. = 33,1).

Raisons pour lesquelles les femmes fument

La figure 8 résume les raisons pour lesquelles les répondants estiment que les femmes participant à leurs programmes fument. Les raisons les plus courantes sont «la socialisation, les collègues et des membres de la famille fument» 79 % (136 sur 172), la «dépendance au tabac» 77 % (133 sur 172), et «faire face aux situations stressantes de la vie» 62 % (107 sur 172). Les autres raisons incitant les femmes à fumer comprennent le prix réduit des cigarettes, le manque de connaissances, le manque de ressources autochtones (en ce qui concerne le tabac à priser), le plaisir de fumer et la pauvreté.

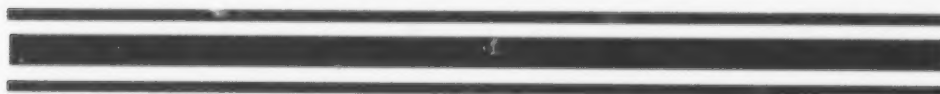
Figure 8



Annexe Questionnaire

Étude sur les incidences prénatales et postnatales du tabac

Santé Canada



Le rapport qui suivra l'Étude sur les incidences prénatales et postnatales du tabac décrira les programmes et documents existants de réduction et de cessation du tabagisme dans le cadre des programmes prénatals et postnatals offerts aux familles socialement désavantagées (en raison de facteurs socio-économiques, psychosociaux, géographiques ou de naissances multiples). Il tentera également de décrire de façon précise les programmes mis à la disposition des collectivités multiculturelles et autochtones, et des familles à naissances multiples.

Il vous faudra quinze minutes pour compléter le questionnaire. Si vos programmes prénatal et postnatal sont distincts, veuillez faire une photocopie du questionnaire et en remplir un exemplaire pour chacun.

Nom du programme : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse : _____

rue

ville

province

☐☐☐☐☐☐

code postal

Téléphone : () _____

Télécopieur : () _____

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire. Prière de le retourner pour le 20 février 1994 à :

Peggy Edwards
Chelsea Group Communications
26, rue Osborne
Ottawa (Ontario)
K1S 4Z9
Téléphone (613) 730-0378 (si vous avez
des questions à propos du questionnaire)
Télécopieur (613) 730-0379

N'oubliez pas d'inclure un échantillon de tous les documents préconisant la réduction ou la cessation du tabagisme que vous utilisez dans le cadre de votre programme.

☐

Nos programmes prénatals et postnatals ne traitent pas de la réduction ou de la cessation du tabagisme.

Prière de remplir et de retourner la page couverture
si vous ne pouvez répondre au questionnaire.

Section 1 : Aperçu de la consommation du tabagisme

1.1 Traitez-vous de la question de la consommation du tabagisme dans vos programmes prénatals et postnatals destinés aux familles socialement désavantagées?

- ☐ non ► passez à la section 5.
☐ oui ► prière de continuer.

1.2 Quels aspects suivants de l'usage du tabac traitez-vous dans votre programme? (Cochez tous ceux qui s'appliquent.)

- 1 ☐ les effets sur la santé de la mère
- 2 ☐ les effets sur la santé du fœtus
- 3 ☐ les effets de la fumée des autres sur la santé du fœtus
- 4 ☐ les effets de la fumée des autres sur la santé des jeunes enfants
- 5 ☐ les raisons pour lesquelles les femmes fument
- 6 ☐ le tabagisme chez le partenaire
- 7 ☐ des façons de cesser de fumer
- 8 ☐ des moyens de réduire le tabagisme
- 9 ☐ les avantages de cesser de fumer
- 10 ☐ comment faire face au stress
- 11 ☐ autres aspects _____

1.3 Combien de temps (en minutes) consacrez-vous à la réduction et à la cessation du tabagisme dans votre programme prénatal ou postnatal?

1 _____ minutes.

Quelle est la durée totale de votre programme prénatal ou postnatal?

2 _____

1.4 Êtes-vous satisfait du degré d'importance que la réduction ou la cessation du tabagisme occupe dans votre programme?

- 1 ☐ très satisfait
- 2 ☐ à peu près satisfait
- 3 ☐ insatisfait
- 4 ☐ très insatisfait

1.5 De façon générale, quelle est la réaction des participantes à l'élément de réduction ou de cessation du tabagisme de votre programme actuel? (Cochez une réponse.)

- 1 ☐ elles sont désireuses de cesser de fumer
- 2 ☐ elles sont intéressées à en entendre parler
- 3 ☐ pas intéressées
- 4 ☐ deviennent en colère ou sur la défensive
- 5 ☐ autres _____

1.6 Êtes-vous satisfait des résultats des efforts déployés pour inciter les femmes à réduire ou à cesser leur consommation de tabac dans votre programme?

- 1 ☐ très satisfait
- 2 ☐ à peu près satisfait
- 3 ☐ insatisfait
- 4 ☐ très insatisfait

1.7 La réduction ou la cessation du tabagisme constitue-t-elle un but ou un objectif de votre programme prénatal ou postnatal?

- 1 ☐ non
- 2 ☐ oui

1.8 La réduction de l'exposition des femmes, des nourrissons et des jeunes enfants à la fumée des autres constitue-t-elle un but ou un objectif de votre programme prénatal ou postnatal?

- 1 ☐ non
2 ☐ oui

1.9 La composante de réduction ou de cessation du tabagisme de votre programme a-t-elle été évaluée?

- 1 ☐ non
2 ☐ oui ► prière de fournir un exemplaire de l'évaluation

Section 2 : Conseils et renseignements

2.1 Dispensez-vous des conseils et des renseignements sur la réduction ou la cessation du tabagisme et les effets de la fumée des autres dans votre programme prénatal ou postnatal?

- 1 ☐ non ► passez à la section 3.
2 ☐ oui ► prière de continuer.

2.2 Veuillez donner la liste des documents que vous utilisez pour dispenser ces conseils et ces renseignements (sur le tabagisme et la fumée des autres).

- 1 ☐ verbal seulement
2 ☐ vidéo (indiquez le titre et la source)

- 3 ☐ feuillets d'information et dépliants ou brochures (indiquez les titres et la source)

- 4 ☐ livres ou rapports (indiquez les titres et la source)

- 5 ☐ guide ou trousse de renseignements (indiquez les titres et la source)

2.3 Quels sont les trois principaux obstacles qui vous empêchent de donner plus d'information et de conseils sur la réduction ou la cessation du tabagisme dans le cadre de votre programme prénatal ou postnatal? (Ne cochez que TROIS ÉLÉMENTS SEULEMENT.)

- 1 ☐ curriculum fixe
2 ☐ manque de temps
3 ☐ manque d'intérêt des clientes
4 ☐ manque de documents
5 ☐ documentation inadéquate
a ☐ périmée
b ☐ non disponible dans la langue voulue
c ☐ trop chère
d ☐ trop difficile à comprendre
e ☐ pas appropriée à la culture
6 ☐ ne sais pas où me procurer la documentation
7 ☐ susceptible de provoquer un sentiment de culpabilité
8 ☐ autres priorités (p. ex. consommation d'alcool ou de drogues illicites)
9 ☐ autres (prière de préciser)

Prière d'envoyer un exemplaire de tous les documents que vous utilisez dans le cadre de votre programme.

Section 3 : Aide précise à l'intérieur de votre programme prénatal ou postnatal

3.1 Offrez-vous une aide précise pour inciter les gens à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de tabac dans le cadre de votre programme prénatal ou postnatal?

- 1 ☐ non ► passez à la section 4.
2 ☐ oui ► prière de continuer.

3.2 Veuillez décrire de quelle façon vous dispensez cette aide pour inciter les gens à cesser de fumer ou à réduire leur consommation de tabac dans le cadre de votre programme. (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- 1 ☐ organisation de groupes de soutien ou de partenaires qui veulent aussi cesser de fumer
2 ☐ outil d'entraide adapté au besoin personnel (prière de préciser)

- 3 ☐ service permanent de consultation
4 ☐ travail auprès de chaque participante pour développer un programme personnel et adapté pour cesser de fumer
5 ☐ encourager les partenaires, les collègues et les membres de la famille à aider la participante qui veut cesser de fumer
6 ☐ autre (prière de préciser)

3.3 Quels sont les trois principaux obstacles qui vous empêchent d'accroître l'aide que vous dispensez pour inciter les gens à réduire leur consommation de tabac ou à cesser de fumer dans le cadre de votre programme prénatal ou postnatal? (Ne cochez que TROIS ÉLÉMENTS SEULEMENT.)

- 1 ☐ curriculum fixe
2 ☐ manque de temps
3 ☐ manque de documents
4 ☐ manque d'intérêt de la part des clientes en général
5 ☐ les fumeuses refusent de participer
6 ☐ manque de ressources
a ☐ documentation
b ☐ argent
7 ☐ autres priorités (p. ex. consommation d'alcool ou de drogues illicites)
8 ☐ autres (prière de préciser)

Section 4 : Aiguillage vers des programmes de cessation du tabagisme

4.1 Adressez-vous des clientes vers des programmes communautaires de cessation du tabagisme?

- 1 ☐ non ► passez à la section 5.
2 ☐ oui ► veuillez identifier le programme

Ce programme est-il gratuit?

- 1 ☐ non
2 ☐ oui

Ce programme est-il approprié et répond-il aux besoins des clientes?

- 1 ☐ non
2 ☐ oui

4.2 Quels sont les trois principaux obstacles qui vous empêchent d'adresser des clientes à des programmes de cessation du tabagisme dans votre collectivité? (Ne cochez que TROIS ÉLÉMENTS SEULEMENT.)

- 1 ☐ aucun programme de cessation du tabagisme n'est disponible
- 2 ☐ les programmes existants ne conviennent pas
 - a ☐ trop onéreux
 - b ☐ pas de transport
 - c ☐ pas offerts dans la langue voulue
 - d ☐ trop de lecture
 - e ☐ ne répondent pas aux besoins de mes clientes
- 3 ☐ les clientes ne sont pas intéressées; elles ont d'autres besoins
- 4 ☐ autres priorités (p. ex. consommation d'alcool ou de drogues illicites)
- 5 ☐ autres (prière de préciser)

Section 5 : Caractéristiques d'un bon programme

Selon vous, quelles devraient être les principales caractéristiques d'un programme utile et efficace de réduction ou de cessation du tabagisme pour vos clientes?

a) Dans le cadre de votre programme prénatal ou postnatal actuel. (Cochez les CINQ PLUS IMPORTANTES qui s'appliquent.)

- 1 ☐ assez court pour respecter le curriculum existant
- 2 ☐ orienté vers les femmes
- 3 ☐ orienté vers la famille
- 4 ☐ ne porte pas de jugement
- 5 ☐ sans frais pour les participantes
- 6 ☐ approche d'éducation des adultes (basé sur les besoins des clientes)
- 7 ☐ niveaux appropriés de lecture (ou pas de lecture)
- 8 ☐ approprié à la culture
- 9 ☐ dans la langue des clientes, préciser

- 10 ☐ souple, adaptable à des fins d'extension
- 11 ☐ offre un soutien social pour cesser de fumer
- 12 ☐ prévoit des récompenses et des incitatifs
- 13 ☐ traite de la consommation du tabac dans le contexte de la toxicomanie
- 14 ☐ traite de la consommation du tabac dans le contexte du stress de la vie
- 15 ☐ englobe la formation des dispensateurs de service
- 16 ☐ autres (prière de préciser)

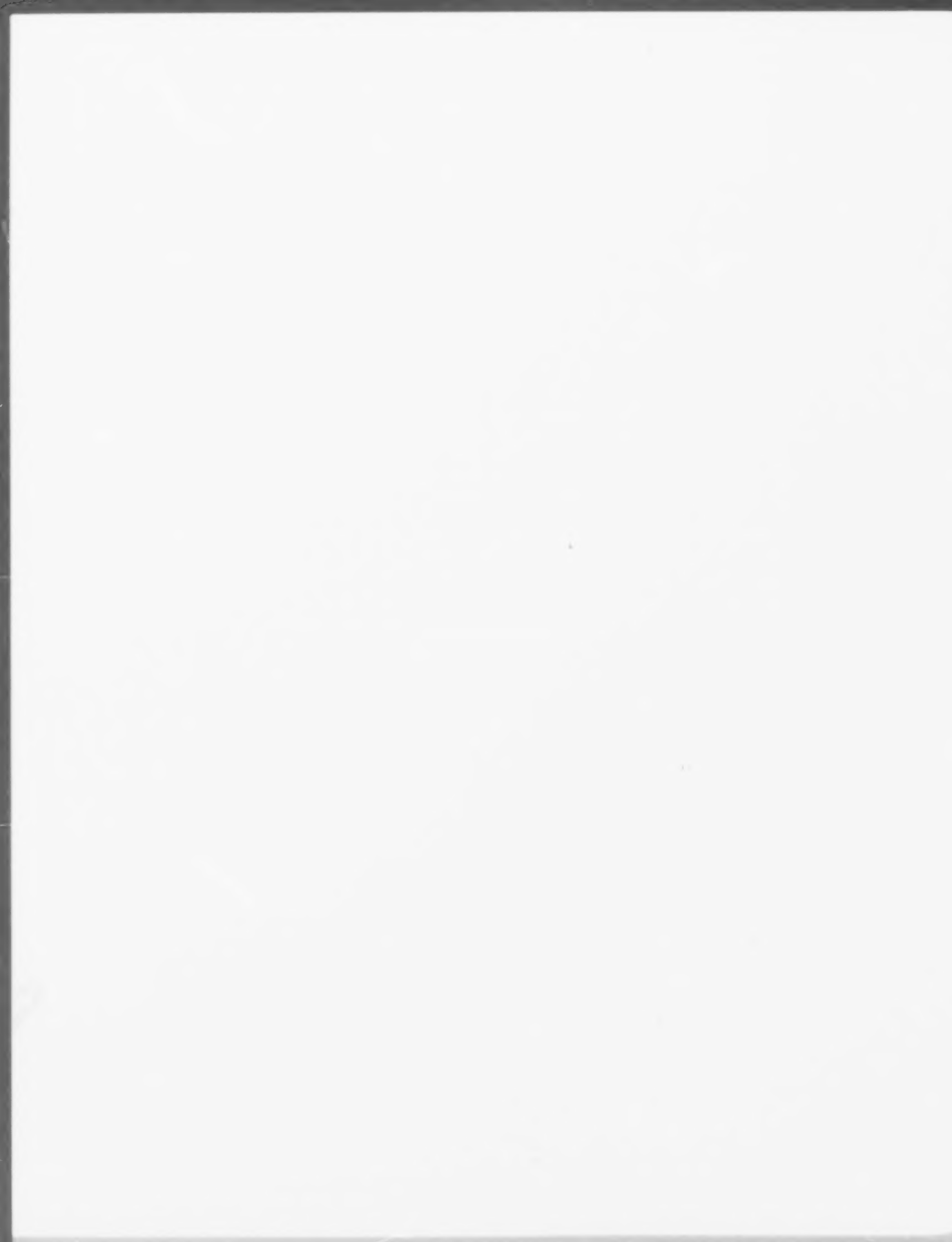
b) Selon vous, quelles devraient être les principales caractéristiques d'un programme utile et efficace de réduction ou de cessation du tabagisme pour vos clientes **dans des programmes autres que votre programme prénatal ou postnatal (aiguillage)**. (Cochez les CINQ PLUS IMPORTANTES caractéristiques pour vos clientes.)

- 1 ☐ gratuit
- 2 ☐ ne porte pas de jugement
- 3 ☐ offre un soutien social
- 4 ☐ accessible (transport)
- 5 ☐ inclut la garde des enfants
- 6 ☐ orienté vers les femmes
- 7 ☐ orienté vers la famille
- 8 ☐ femmes seulement
- 9 ☐ femmes enceintes seulement
- 10 ☐ traite de la consommation du tabac dans le contexte du stress de la vie
- 11 ☐ traite de la réduction ou de la cessation du tabagisme dans le cadre d'un programme plus étendu de modes de vie
- 12 ☐ prévoit des récompenses et des incitatifs
- 13 ☐ insiste sur la réduction, non pas la cessation
- 14 ☐ autres (prière de préciser)

Section 6 : Priorités d'action

6.1 Selon vous, quels sont les moyens les plus efficaces de traiter du tabagisme et de la fumée des autres dans les périodes prénatale et postnatale? (Ne cochez que TROIS moyens.)

- 1 ☐ prévention et éducation (empêcher les adolescentes de commencer à fumer)
- 2 ☐ plus d'accent sur le tabagisme dans les programmes prénatals et postnatals existants
- 3 ☐ offrir des programmes gratuits, accessibles et appropriés de cessation du tabagisme durant les périodes prénatale et postnatale
- 4 ☐ des avertissements permanents et plus directs sur les paquets
- 5 ☐ plus grande restriction de la publicité sur le tabac
- 6 ☐ plus grande restriction à la consommation du tabac dans les endroits publics
- 7 ☐ des taxes plus élevées
- 8 ☐ des lois plus sévères contre la vente de cigarettes aux mineurs
- 9 ☐ aider les professionnels de la santé à mieux aider les femmes à cesser de fumer
- 10 ☐ aider les professionnels de la santé à mieux aider les femmes à confronter ceux qui fument autour d'elles
- 11 ☐ former des responsables, des travailleurs de programmes d'extension et des facilitateurs à aider les femmes à cesser de fumer ou à traiter avec ceux qui fument en leur présence
- 12 ☐ trouver un moyen d'aider les partenaires et collègues à mieux comprendre et à être plus sensibles aux effets de la fumée des autres
- 13 ☐ autres (prière de préciser)



Section 7 : Incidence du tabagisme

7.1 Gardez-vous des dossiers sur le nombre de femmes qui fument dans vos programmes prénatal et postnatal?

- 1 ☐ non ► passez à 7.5
2 ☐ oui ► prière d'indiquer le pourcentage

_____ %

7.2 Gardez-vous des dossiers sur le nombre de femmes qui cessent de fumer durant la période prénatale?

- 1 ☐ non ► passez à 7.5
2 ☐ oui ► prière d'indiquer le pourcentage

_____ %

7.3 Gardez-vous des dossiers sur le nombre de femmes qui réduisent leur consommation de tabac durant la période prénatale?

- 1 ☐ non ► passez à 7.5
2 ☐ oui ► prière d'indiquer le pourcentage

_____ %

7.4 Gardez-vous des dossiers sur le nombre de femmes qui recommencent à fumer après avoir accouché?

- 1 ☐ non ► passez à 7.5
2 ☐ oui ► prière d'indiquer le pourcentage

_____ %

7.5 Si vous ne gardez pas de dossiers sur la consommation du tabac, veuillez nous donner la meilleure idée possible

- _____ du pourcentage de vos clientes qui fument
_____ du pourcentage de vos clientes qui cessent de fumer avant l'accouchement
_____ du pourcentage de vos clientes qui réduisent leur consommation de tabac avant l'accouchement
_____ du pourcentage de vos clientes qui recommencent à fumer après l'accouchement

Section 8 : Raisons pour lesquelles les femmes fument

8.1 D'après vous, quelles sont les trois principales raisons pour lesquelles les femmes inscrites à votre programme fument? (Cocher TROIS raisons seulement.)

- 1 ☐ socialisation, les collègues et la famille fument
2 ☐ faire face aux conditions stressantes de la vie
3 ☐ dépendance au tabac
4 ☐ contrôle du poids
5 ☐ croit qu'elle aura un bébé plus petit et que l'accouchement sera plus facile
6 ☐ aucune aide de la part des collègues ou de la famille pour cesser de fumer
7 ☐ autres (prière de préciser)

Merci

Veuillez retourner ce questionnaire pour le 20 février 1994.

N'oubliez pas d'inclure la documentation ou l'évaluation et la description de l'élément tabagisme de votre programme.

Vous recevrez un exemplaire du rapport qui sera préparé à l'issue de l'étude.

